radis

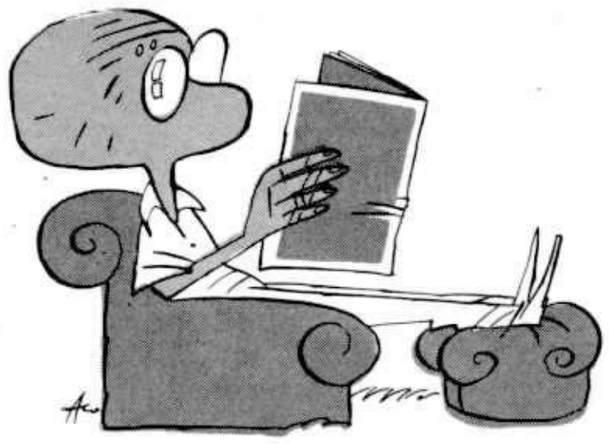
TEMA

12

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ANO IX . NOVEMBRO . 1991

OS CAMINHOS DA MUNICIPALIZAÇÃO



Aos leitores

Este número da TEMA sai num momento crítico da conjuntura política, econômica e social do País. A volta da inflação, o crescimento zero da economia, a recessão econômica e suas conseqüências no aumento do desemprego, no achatamento salarial e na queda na qualidade de vida da população trazem repercussões imediatas à saúde.

Como se não bastasse esta conjuntura adversa, o sistema de saúde não consegue superar suas antigas deficiências. O processo de municipalização da saúde se arrasta e o usuário não acredita mais nas promessas de melhoria. Os avanços e retrocessos registrados desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), passando pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e a tentativa de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado pela Constituinte levam ao descrédito na superação da grave crise no setor.

O objetivo desta TEMA é vasculhar o mais profundamente possível — mantendo a linguagem acessível à grande maioria da população que caracteriza o RADIS — as causas e as propostas de superação desse quadro crítico.

Constitucionalmente definida como o fórum máximo de decisões no setor, o adiamento da 9ª Conferência Nacional de Saúde não deve protelar discussão tão importante e urgente.

O RADIS publica aqui a opinião de vários setores envolvidos com a saúde, começando pelas representações da sociedade civil e do governo com assento no Conselho Nacional de Saúde. Vale esclarecer, inclusive, que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Central Geral dos Trabalhadores (CGT) foram exaustivamente procuradas.

Seguindo esse critério, temos o depoimento do Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); da Central Única dos Trabalhadores (CUT); da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge); da Conferência Nacional da Agricultura (CNA); do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); da Confederação Nacional da Indústria (CNI); de representantes dos poderes legislativos federal, estadual e municipal; da Fundação Oswaldo Cruz; da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam); da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); do Conselho Federal de Medicina (CFM); do Centro Brasileiro e Estudos da Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

O RADIS publica também um texto histórico sobre os trinta anos do processo de municipalização e a opinião de alguns "personagens" que marcam essa história. São eles os secretários municipais de saúde de Porto Alegre — RS (Maria Luiza Jaeger), de Timóteo — MG (Mozart de Oliveira Jr.), de São José dos Campos — SP (Gilson Carvalho) e de seu Subsecretário (Edmilson Leão), membros da Comissão de Financiamento do Conasems, que escrevem sobre quem paga a conta e quem se apropria dos recursos no setor saúde; e o ex-Secretário de Saúde de Uberlândia e atual Coordenador de Desenvolvimento Institucional da Fundação Nacional de Saúde, Flávio Goulart, que considera a municipalização um processo permanente de mudanças. Já o Professor Dalton Mario Hamilton, Coordenador de Cooperação Técnica e Serviços da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, escreve sobre assistência à saúde e afirma que eficiência e qualidade continuam longe do dia-a-dia do usuário que bate às portas dos postos e hospitais. Para finalizar, o professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Silva Paim, faz um oportuno alerta no texto "Quando a municipalização não é o caminho", apontando vários problemas no processo de descentralização que, segundo ele, pode não reorganizar as práticas de saúde, inviabilizar os sistemas locais e abortar o projeto de Reforma Sanitária.

Essa visão ampla do processo de municipalização a que se propõe esta TEMA objetiva, também, realizar um resgate histórico e mostrar que essa proposta não surge agora, mas é resultado de um longo processo de lutas que vem se arrastando a pelo menos três décadas. O papel desta TEMA, portanto, é contribuir para um debate que a cada dia que passa se torna mais urgente e que está ligado como unha e carne à superação da verdadeira tragédia sanitária que se abate sobre nosso País.

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

A revista TEMA é um Órgão Oficial da **Fundação Oswaldo Cruz,** editado pelo **Programa RADIS** (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp) e pelo **Centro de Informações para a Saúde** (CIS).
Presidente da Fiocruz: **Hermann Schatzmayr;** Diretor da Ensp: **Paulo Marchiori Buss;** Coordenadora do Radis: **Tânia Nunes;** Editor Responsável: **Álvaro Nascimento;** Redação: **Rogério Lannes, Jane Palva e Álvaro Nascimento;** Administração: **Jandira Vilhena;** Aux. Administrativos: **Marisa Aguiar e Marcos Antônio Aguiar.** Apoio: **SDE/ENSP.**
Tiragem: 40 mil exemplares; Distribuição: Direta, via correio; Assinatura: Grátis, em conjunto com o PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária, SÚMULA e DADOS. PROGRAMA RADIS: Av. Brasil, 4036 salas 509-510-511-513-515 — CEP. 21.040 — Tel., (021) 260-7979 e 590-9122 R. 288 — Manguinhos — Rio de Janeiro — RJ — Brasil — Fax: 55 21 280-8194.
NOSSA CAPA: Manifestação popular realizada em Ronda Alta (RS), em 1987, por ocasião da assinatura de um protocolo de intenções entre a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul e a Associação dos Trabalhadores de Ronda Alta (Atra), primeiro passo do processo de municipalização da saúde naquela cidade.

MUNICIPALIZAÇÃO

Trinta anos de esperança e frustrações

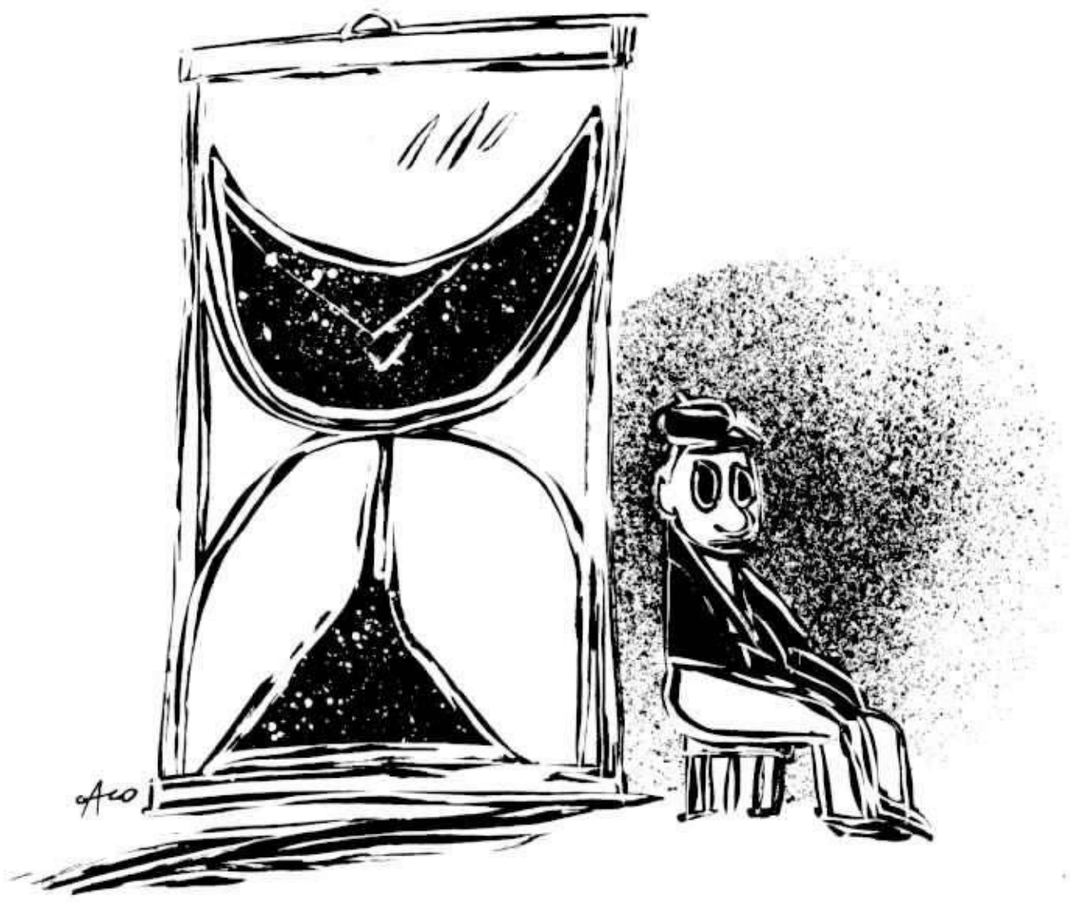
Álvaro Nascimento*

A final de contas, o que é a municipalização? Que projeto de gestão de sistema de saúde é esse? Quem o formulou? Qual a sua história? Num momento importante como o da realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, é imprescindível que se discuta o processo já vivido no caminho da municipalização do sistema, até mesmo para que não se repitam erros, não se acredite em promessas não cumpridas e se possa fazer dessa conferência um instrumento de avanço na solução da crise do setor.

Esse caminho retrospectivo se justifica não apenas pelo provérbio que afirma ser o Brasil "um País sem memória". Ele é necessário também porque nos fornece um panorama das formulações que cercam o conceito de municipalização e as resistências históricas que tem enfrentado, mostrando que as idéias que agora estão em debate não são fruto do momento atual, apenas. Ao contrário, têm histórias e se sedimentam numa longa trajetória política de lutas de um setor essencial à melhoria da qualidade de vida em nosso País.

A história do processo de municipalização na saúde se mistura com a das conferências nacionais de saúde realizadas nos últimos trinta anos, o que mostra como estas transformações estão sendo encaminhadas de forma lenta no Brasil.

As duas primeiras conferências, em 1941 e 1950, foram realizadas com o intuito de discutir a saúde nos estreitos limites institucionais, quando a política sanitária brasileira ainda era vinculada ao Ministério da Educação e Saúde.



Já a terceira conferência é realizada no bojo das intensas discussões relativas às "reformas de base" no governo de João Goulart. A pauta do evento — situação sanitária nacional, a municipalização e a Política Nacional de Saúde — já traduzia uma grande mudança no enfrentamento das questões relativas ao setor, que passaram a ser vistas como um resultado das várias iniciativas governamentais no campo do saneamento básico, educação, trabalho, salário e condições de vida.

O golpe de 1964 provocou um retrocesso e o Governo voltou a assumir a problemática do setor como uma questão meramente técnica, ao mesmo tempo em que a repressão política fez com que os movimentos sociais, que até então pressionavam o governo exigindo reformas, submergissem e passassem a um momento de resistência, onde as instituições democráticas estavam ameaçadas em sua própria existência.

Nessa conjuntura, foi convocada em 1966 a 4ª Conferência. Ela teve seu papel esvaziado e tratou exclusivamente da questão dos "recursos humanos em saúde". O regime militar abandonava, neste momento, a abordagem que fora construída nos últimos anos, que apontava para a solução dos problemas da saúde na ótica da superação da crítica realidade das condições de vida enfrentadas pela população.

A marginalização da sociedade e a opressão do pensamento crítico, que caracterizaram o período pós-64, se abateram sobre todos os segmentos sociais. E a área da saúde não fugiu a esta realidade. Mas ao mesmo tempo em que as novas formulações para a superação da crise na saúde eram sufocadas, acentuava-se a "esquizofrenia" de um sistema com vários comandos, que discriminava a maioria da sociedade e fazia com que a política de saúde se transformasse num instrumento voltado para pequenas parcelas da população e ineficiente até para combater as doenças controláveis por vacina.

Alta mortalidade infantil, elevada incidência de doenças como a poliomielite, cinco milhões de chagásicos, oito milhões de casos de esquistossomose e o acentuado aumento das doenças degenerativas como a hipertensão e o câncer, formavam um quadro dramático do setor saúde, que naquele momento repassava à iniciativa privada nada menos que 80% da arrecadação da Previdência Social destinada à assistência médica.

A partir de 1975, se cristalizam núcleos de resistência à esta política. Profissionais da academia, dos serviços de saúde, alguns partidos políticos e lideranças sindicais iniciam um processo de questionamento do sistema vigente e em 1978 é fundado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), instituição da sociedade civil organizada que passa a formular alternativas à política de saúde, apontando desde a sua criação para a necessidade da democratização do setor.

Tendo como pano de fundo o fim do "milagre econômico" e no horizonte a ameaça da política recessiva, o Cebes constrói uma verdadeira plataforma de governo para a saúde, onde a municipalização se apresentava como ponto de partida para a superação da crise que atravessava o setor. As denúncias da iniqüidade da organização econômico-social e da perversidade do sistema de prestação de serviços, juntamento com a luta pela democratização do país, formavam um tripé que apontava para uma nova racionalidade na organização das ações e serviços de saúde. O Cebes conse-

guia aliar a luta política em defesa da democracia, a uma proposta técnica que se transformava numa alternativa ao imobilismo e ao discurso oficial.

A adesão de vários sindicatos que passaram a ser comandados pela chamada "Renovação Médica" (Reme) e a experiência concreta levada á frente em vários municípios cujas prefeituras foram conquistadas pela oposição nas eleições de 1976 e onde estas propostas conseguiram se viabilizar — notadamente em Niterói (RJ), Campinas (SP), Londrina (PR), Montes Claros (MG), Lajes (SC) e Caruaru (PE) — fortaleceram a tese da municipalização dos serviços.

Também em 1975, inicia-se um ciclo regular de conferências nacionais de saúde com intervalos de dois anos até 1979. Nestes eventos, a oposição tenta sem sucesso aprovar propostas que criticam a visão funcionalista do Sistema Nacional de Saúde, suas distorções e os limites das propostas oficiais. Alguns setores governamentais buscam dar resposta à ineficácia do setor saúde propondo o Piass (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento).

Em 1979, a idéia de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) é apresentada publicamente no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados. O documento assinado pela direção nacional do Cebes — "A questão democrática na Saúde" — é aprovado e se transforma no relatório final do simpósio e na cartilha do que vem a ser chamado de "movimento sanitário", que começa a partir deste mornento a incorporar, além dos profissionais da área de saúde, sindicalistas de várias categorias, parlamentares, movimentos comunitários e associativos.

O Governo apresenta o Prev-Saúde, com o objetivo de descentralizar o sistema via criação de mecanismos inter-ministeriais

Em 82, o Plano Conasp já previa a extinção do Inamps. Mas as resistências eram mais fortes

geridos por um grupo assessorado pela Organização Panamericana de Saúde (Opas). Mas as resistências ao Prev-Saúde foram tantas, que sua versão final se afasta quilômetros da proposta original de descentralização, sendo chamado na época de "nati-morto" por Carlos Gentille de Mello, um dos maiores formuladores de alternativas ao sistema de saúde.

O Prev-Saúde era um programa de serviços básicos que instituía uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como componente fundamental um grande investimento a nível da assistência primária, coerente com as políticas formuladas para toda a América Latina, voltadas para a atenção primária à saúde, que tiveram como ponto alto a reunião de ministros de saúde em Santiago do Chile em 1972, onde vários acordos de expansão do sistema público foram assinados. Mas as pressões foram tamanhas que o Prev-Saúde nunca conseguiu sair do papel. As resistências tinham três origens principais: na Federação Brasileira de Hospitais (FBH), grande beneficiária do sistema vigente e que não queria se submeter a novas e constrangedoras regras de controle; no clientelismo, que encontrava no credenciamento de médicos e dentistas uma via privilegiada de realização de intereses políticos pessoais; e na Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo), emergente na ocasião e que apresentava uma face de "modernização capitalista" simpática à Secretaria de Planejamento da Presidência da República, que naquele momento geria a maior parte dos recursos públicos.

O Prev-Saúde, com sua tímida proposta de descentralização, colocava em risco várias "galinhas de ovos de ouro". O programa propunha um plano comum de aplicação dos recursos federais e estaduais para manutenção dos serviços públicos de saúde de cada estado através de um cálculo compartilhado mas mantendo a identidade institucional de cada organismo. Mas a minuta de convênio discutida na época não saiu da gaveta.

O agravamento da crise do setor leva o governo a adotar o chamado "pacote da previdência", que tinha como pedras principais de sustentação o aumento das alíquotas de contribuição e a diminuição dos benefícios de aposentados e pensionistas. Cria-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), demonstrando mais uma vez a falta de firmeza e de poder do Ministério da Saúde na defesa dos princípios do reivindicado Sistema Único. No Conasp, a discussão do setor saúde se resumia à estratégia de "conter gastos" e ter a ilusão de administrar um sistema que não era único.

O Conasp elabora uma proposta de Sistema Nacional de Saúde que tinha como características principais a criação dos sub-sistemas privado autônomo; de assistência à saúde delegado, nos moldes do "convênio-empresa"; e um terceiro sub-sistema de assistência à saúde de responsabilidade pública, que corresponderia ao conjunto de serviços públicos federais, estaduais e municipais, além dos privados e contratados. Na verdade, era o que já existia na prática.

No projeto, o Ministério da Saúde incorporaria as atribuições do Inamps, que seria extinto, e *transferiria gradualmente para os estados os Postos de Atendimento do Inamps* e as unidades da Fundação Sesp não localizadas em áreas de fronteira. Integraria, ainda, a Sucam e a Fundação Sesp, criaria a Comissão Interinstitucional de Planejamento (Ciplan) coordenada pelas pastas da Saúde, Previdência, Trabalho e Educação. Descentralizando as atividades executivas federais para os estados, ele permaneceria apenas com atividades de combate às endemias, à compra de serviços da área privada e à gestão da rede hospitalar federal, criando órgãos colegiados nos diferentes níveis de administração do sistema *com a participação de usuários*.

O plano foi aprovado em agosto de 1982 mas acabou sub-dividido de forma tecnocrática pelo Inamps em 33 projetos distribuídos por vários órgãos, numa estrutura que confundia as linhas de mando em prejuízo de seu conjunto de proposições.

O resultado disso foi que dos 33 projetos, o único que conseguiu avançar de forma a alterar a realidade do quadro da saúde no País foi o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), coordenado pelo Departamento de Planejamento do Inamps.

Mas antes mesmo dele ser implementado, apareceram novamente as resistências de sempre. Um outro projeto denominado de "Racionalização Ambulatorial" — que vinculava os médicos credenciados em seus consultórios aos postos do Inamps — acabou sendo aquinhoado pelo Ministério da Previdência com uma precedência cronológica em relação às Ações Integradas de Saúde (AIS). A instituição exigia que as AIS só fossem implantadas nos estados onde a racionalização estivesse totalmente incorporada ao sistema, o que novamente atrasa a descentralização.

A tese da municipalização na saúde ganha corpo com os primeiros ventos da abertura política, ainda sob o Governo do General Figueiredo. A sociedade arranca do governo militar conquistas importantes como a anistia e a eleição direta para os governadores de estado em 1982. A oposição sai vitoriosa das urnas e abre caminho para que secretarias estaduais de saúde como as de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Minas Gerais iniciem um lento processo de transformação em suas práticas. A proposta de democratização da saúde começa a influenciar de verdade algumas políticas oficiais.

A maior legitimidade dos governos estaduais eleitos em 1982 e empossados em março de 1983 faz com que as pressões em favor da descentralização levem à celebração de convênios das AIS em cadeia, partindo de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Em 1984, todos os estados brasileiros participam das AIS, finalmente adotada como estratégia federal de reordenamento da política de saúde.

O sucesso das AIS incomoda os interesses do clientelismo e da iniciativa privada

Mas o retrocesso não demorou. O sucesso inicial do programa faz surgir as velhas resistências nos mesmos setores que se beneficiavam da ineficiência do setor público. A partir de 1984, há uma guinada da direção geral do Inamps em favor da iniciativa privada, com a expansão do Sistema de pagamento por AIH e recrudescimento das alianças da tecno-burocracia encastelada no aparelho de Estado e a área privada. Em setembro de 1984, em plena fase de "abertura" de Figueiredo, mas sob a alegação de exigências dos órgãos de segurança e informação do governo, o Diretor do Departamento de Planejamento do Inamps é demitido pela Presidência do Instituto. E as AIS entram novamente num período de semi-paralisação.

O país se levantou na campanha por eleições diretas para a Presidência. A falência do modelo econômico, o autoritarismo do Estado e as desigualdades sociais crescentes eram assuntos que saíam dos sindicatos e instituições formadas no período de resistência e ganhavam as ruas e as esquinas. Os comícios nas capitais e cidades do interior deixaram de reunir milhares de pessoas e chegavam ao milhão, como em São Paulo e, uma semana depois, no Rio de Janeiro. As cidades disputavam um verdadeiro campeonato cívico: quem conseguisse juntar mais gente num só momento em defesa das diretas entraria para a história.

A derrota da emenda Dante de Oliveira, a 25 de abril de 1984, é vivida como uma tragédia. A vontade nacional de mudanças traída pelas elites, que mostravam força suficiente para impôr ao País sua vontade.

A ressaca é vivida novamente numa conjuntura adversa. A área da saúde, que como sempre refletia as mudanças políticas no País, vive um período de intensos debates. Inicia-se a formação da auto-denominada "Aliança Democrática", que mais tarde conseguiria derrotar Maluf e eleger Tancredo Neves e Sarney no Colégio Eleitoral.

Os ventos de esperança na também auto-denominada "Nova República" sopram novamente a favor das teses de municipalização na saúde. Os quatro documentos que servem de base à política nacional para o setor do novo Governo (já sem Tancredo) — um do PMDB, outro do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), um terceiro gerado em Montes Claros (MG) num encontro de prefeituras municipais e um último elaborado na Copag (comissão responsável pela plataforma do novo governo) — apontam na direção da descentralização e fortalecimento dos municípios. E todos defendem a transferência do Inamps para a estrutura do Ministério da Saúde, fórmula essencial para se assegurar a constituição de um Sistema Único.

É convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento mais significativo no processo de construção da estratégia e da tática pela democratização da saúde em toda a sua história. Pela primeira vez aberta à participação da sociedade civil, a 8ª reuniu em Brasília quatro mil delegados eleitos em todos os estados brasileiros em pré-conferências, que debateram propostas sobre financiamento, organização dos serviços, participação popular na gestão, recursos humanos, papel da ciência e tecnologia em saúde e outras teses que fizeram da 8ª, a "pré-constituinte" da saúde.

Preocupada com os destinos daquelas propostas, a conferência cria a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), com a tarefa de reunir todos os setores envolvidos com a área de saúde e apresentar uma proposta de texto à Constituinte.

Mas após meses de trabalho, a proposta da CNRS — que tenta um consenso entre os interesses da iniciativa privada e do "movimento sanitarista" — consegue desagradar a quase todos. Os setores mercantilistas a consideram radical e estatizante,

enquanto os sindicatos e representantes da comunidade a qualificam de insuficiente. Acaba servindo apenas "de base inicial" para as discussões travadas na Subcomissão de Saúde da Constituinte.

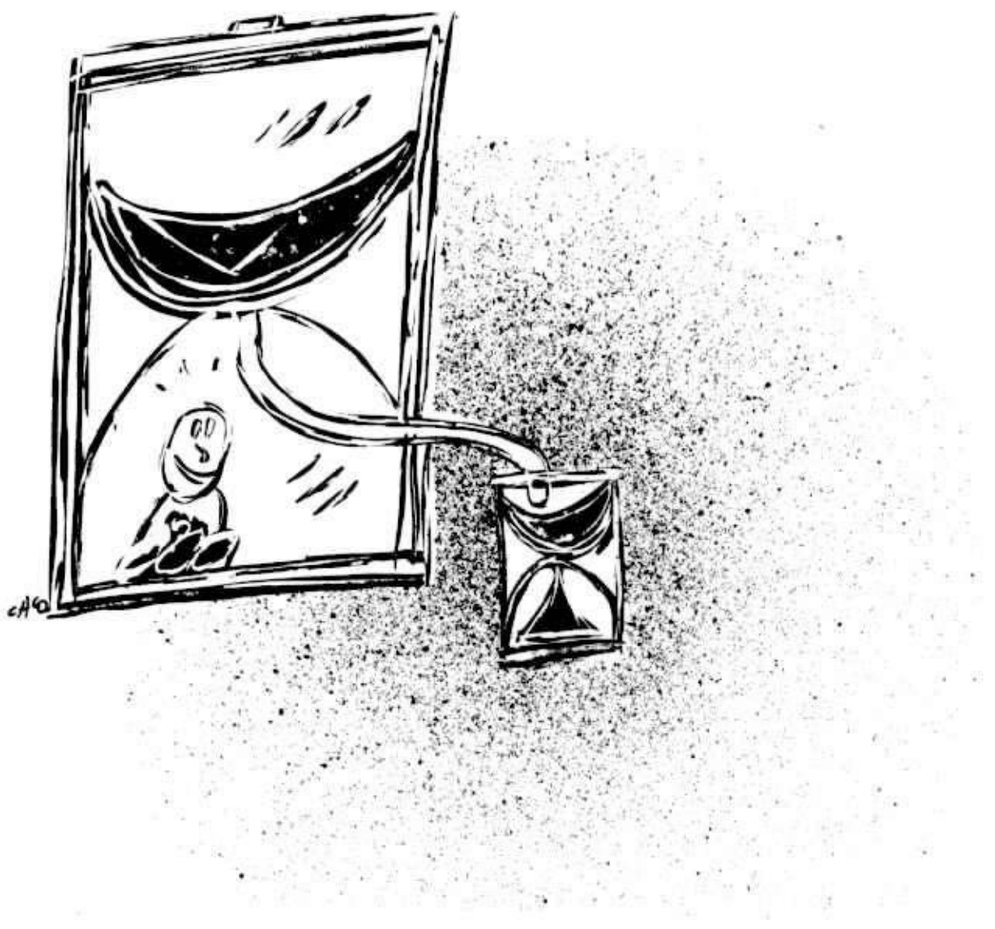
Enquanto isso, a gestão no Ministério da Previdência de Waldir Pires dava às AIS uma nova força. Com o Professor Hésio Cordeiro, um militante oriundo do "movimento sanitário", à frente do Inamps, os convênios das Ações Integradas passaram de 114 para 1.700 prefeituras já em julho de 1986: um aumento de 15 vezes, demonstrando que só faltava vontade política para sua implementação definitiva.

As AIS tinham como princípio a integração de todas as instituições que tinham alguma interface com a saúde nos planos federal, estadual, municiapl ou nos distritos que começaram a ser desenhados, garantindo universalização da cobertura assistencial (passando a atender qualquer cidadão que necessitasse de serviços médicos), descentralizando as decisões e criando canais onde a população deveria exercer seu direito de gerir e intervir no funcionamento do sistema de saúde, via associações de moradores, sindicatos e clubes de serviço. O setor público começaria a se voltar para o cidadão e deixaria de ser apenas um instrumento de lucro para a iniciativa privada na área da saúde.

Enquanto as discussões na Constituinte colocam em lados opostos os interesses mercantilistas e os que defendem um setor público eficiente e melhor capacitado, via criação de um sistema único, o Governo Sarney inicia uma fase de retrocesso. O "Ministério de Tancredo" é desfeito e Sarney refaz seu **staff** mudando radicalmente o perfil. Depois de passar por Raphael de Almeida Magalhães e Renato Archer, o Ministério da Previdência acaba nas mãos de Jader Barbalho.

O sucesso das AIS incomoda os setores que

A lógica impõe, a sociedade exige, a lei garante. Mas a municipalização esbarra em dificuldades



sempre tiraram proveito da ineficiência do setor público. As pressões contra o Programa levam à demissão de Hésio Cordeiro no dia 8 de março de 1988, depois de dois anos e dez meses onde se conseguiu, pela priveira vez, tirar do papel uma política de saúde voltada para o fortalecimento do setor público e compromissada com o cidadão. Hésio sai mas assina novos convênios com estados e municípios, na tentativa de fazer avançar ainda mais o processo de descentralização.

Meses depois, é demitido o Ministro Renato Archer, após assinar portaria extingüindo as superintendências regionais do Inamps, principal estrutura de resistência à descentralização e municipalização da saúde.

Na verdade, Archer nada mais fez que cumprir o Decreto 94.657, assinado pelo próprio Presidente Sarney um ano antes, que criara o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e reduzira a estrutura do Inamps — adaptando-a às funções apenas de planejamento, orçamentação e acompanhamento que deveria ser feito em conjunto com as secretarias estaduais de saúde. O Suds no papel era uma coisa. Na vida dos estados e municípios, outra.

O clientelismo político e os interesses da iniciativa privada, agora somados às resistências de alguns secretários estaduais em repassar aos municípios as poucas verbas recebidas do governo federal, desacreditam o sistema. A própria população, através de algumas instituições representativas, começa a criticá-lo. O Suds morre não por ser ruim, mas porque não consegue força política para se implantar de fato.

A aprovação do texto constitucional, já no final de 1988, contempla, mais uma vez, a descentralização. Além de assegurar "a saúde como um direito de todos e dever do Estado", a Carta Magna garante "a descentralização com direção única em cada esfera do governo"; "atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas" e "participação da comunidade" na gestão do Sistema Único de Saúde, a ser implantado via "financiamento do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados e municípios, além de outras fontes". A Carta diz que as instituições privadas "poderão participar de forma complementar do SUS" mas veda a destinação de recursos públicos àquelas com fins lucrativos.

A demora na aprovação da Lei Orgânica da Saúde instrumentaliza as forças contrárias ao Sistema Único de Saúde. A "falta de regulamentação" serve de desculpa para se manter o freio no processo de municipalização.

O Conselho nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) se fortalece e passa a ser um órgão de ponta na luta pela descentralização, empalidecendo o próprio Conass.

Dois anos depois de aprovada a Constituição, finalmente a Lei Orgânica da Saúde é sancionada, a 28 de dezembro de 1990, pelo Presidente da República, fazendo com que o Ministério da Saúde passe a gerir nacionalmente a implantação do SUS. Mas apesar de assegurar avanços na municipalização, a nova Lei peca quando não extingue o Inamps, mas o transfere intacto para o Ministério. A Lei garante, ainda, uma direção colegiada nas várias instâncias do governo federal, estadual e municipal, com a participação da comunidade na gestão dos serviços de forma paritária.

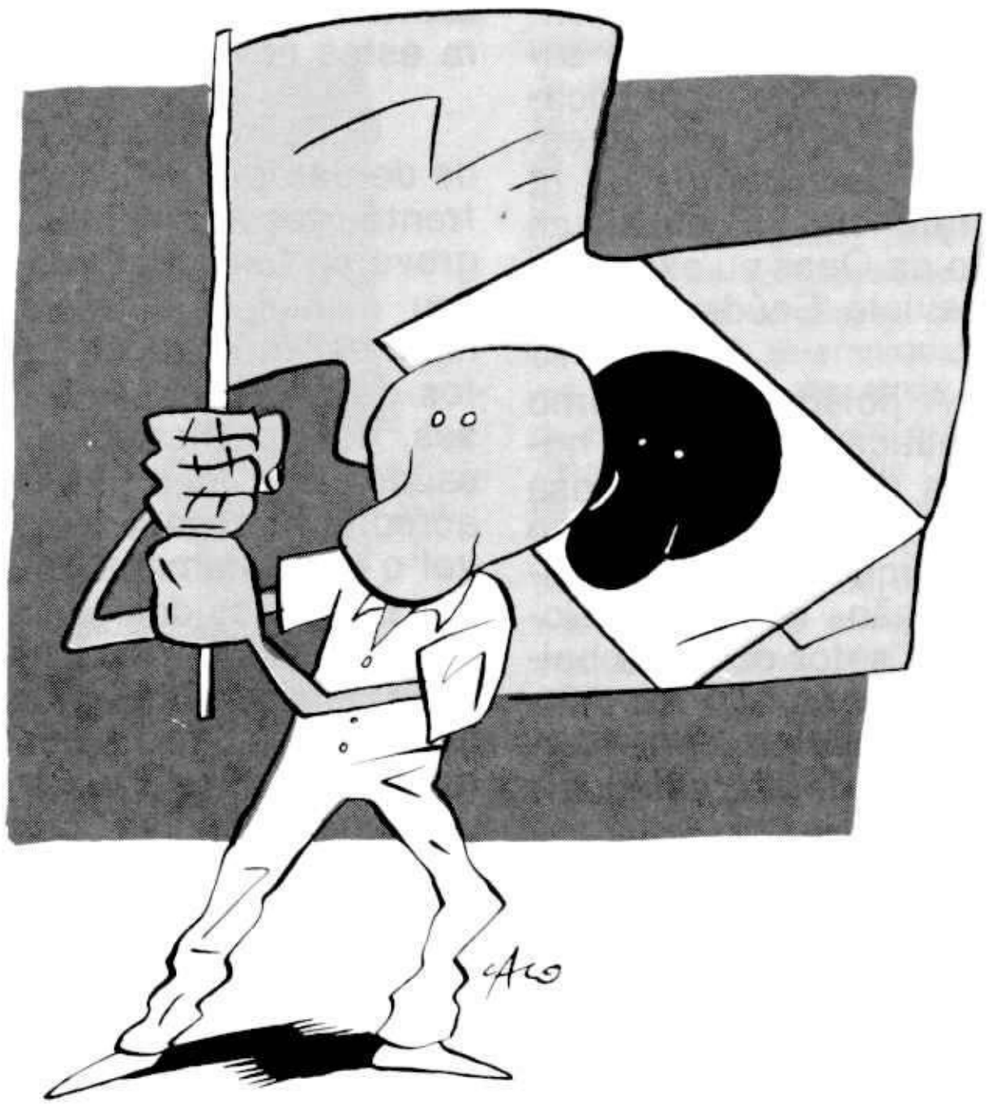
Parece não faltar mais nada para que a municipalização se efetive. A lei institui repasses financeiros regulares e automáticos aos estados e municípios; e extingüe a necessidade de celebração de convênios para que estes repasses sejam efetuados, além de criar o Fundo Nacional de Saúde.

Um ano depois, a municipalização ainda encontra grandes obstáculos nas três esferas de governo. A convocação da 9ª Conferência é mais um estágio num processo que se arrasta. Avança na legislação mas recua no dia-a-dia do cidadão. Se informar sobre este processo e analisar os fatos históricos que o cercam é o primeiro passo para fazê-lo avançar não apenas no conjunto de leis que "não pegam" em nosso País, mas na realidade diária da população que o sustenta.

*** Álvaro Nascimento é Editor do Programa RADIS/ENSP/FIOCRUZ.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo quer participação da sociedade na gestão do sistema



— A Conferência Nacional de Saúde é o mais importante acontecimento dentre todos os eventos que caracterizam a participação popular no setor saúde e esta participação é uma diretriz expressa no Artigo 198 da Constituição. Foi, portanto, no intuito de cumprir o mandamento constitucional que o governo do Presidente Fernando Collor convocou a 9ª Conferência e reorganizou o Conselho Nacional de Saúde, com o empenho pessoal do Ministro Alceni Guerra. Não só para respeitar a Lei, mas também para obter a co-participação de toda a sociedade na administração do complexo sistema de saúde brasileiro.

A afirmação é do Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde e Secretário do Conselho Nacional de Saúde, João José Cândido da Silva. É nos municípios, segundo ele, que a participação melhor se expressa e é onde irão surgir as possibilidades de maiores transformações:

— São as etapas municipais da conferência que possibilitam a compreensão do que é atendimento de saúde e de quem é atendido, saindo da abstração dos programas resolvidos em gabinetes. No município, a população se transmigra em pessoas com nome e endereço, com problemas e dificuldades e é só nele que se vão encontrar as soluções. Não é por outra razão que o tema da 9ª Conferência é "Municipalização é o caminho". Municipalização quer dizer descentralização de poder, participação comunitária e responsabilização compartilhada.

João Cândido afirma que as bases em que se assentam a organização sanitária brasileira se originam no Brasil colonial e se caracterizam pela imobilidade de suas estruturas — "reeditando leis com mais de trezentos anos" — e pela organização que tem como princípio a criação de cargos. "Estas bases têm que passar por profundas e agudas transformações", diz. "A participação da comunidade se fez no Brasil apenas onde era consentida".

João José Cândido identifica "tímidas e não extensivas mudanças" com a adoção das Ações Integradas de Saúde (AIS) e avalia que, durante a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), somente algumas comissões interinstitucionais estaduais foram abertas à participação de entidades não governamentais — "a maioria era apenas fórum de acertos e desacertos entre órgãos governamentais".

Na esfera federal, ele considera que a presença apenas dos Ministérios da Saúde, Previdência, Educação e Trabalho na Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), reeditava o mesmo panorama. Quanto ao Conselho Nacional de Saúde, criado em 1937, o secretário do atual Conselho avalia que sua função sempre se limitou a assessorar o Ministério, "com seus componentes, sempre escolhidos entre as entidades estatais ou por indicação direta do Ministro e do Presidente da República".

— Podemos entender que a participação da sociedade já se dá quando elegemos os governantes e os parlamentares. Mas se pensarmos que participação quer dizer ter acesso, fica claro que a participação delegada aos representantes tanto do Executivo quanto do Legislativo, embora legítima e legitimada pelas urnas, não esgota e não atende aos anseios da sociedade em ter acesso às instituições e serviços públicos.

Em sua opinião, as novas bases em que se estrutura a legislação sanitária, juntamente com o conjunto de normas e instruções técnicas oriundas dos diversos órgãos do Ministério da Saúde, "notadamente o Inamps", estão contribuindo para dar uma nova face ao setor. É neste contexto que o Chefe de Gabinete do Ministério vê o novo Conselho Nacional de Saúde, regulamentado em 1990 com uma composição paritária, onde os usuários do sistema de saúde ficam com uma participação de 50% e o governo, as entidades privadas prestadoras de serviços e os profissionais de saúde com os demais 50%. "Agora, o Conselho é deliberativo e tem a responsabilidade de atuar na formulação da política de saúde, controlar sua execução, supervisionar a aplicação dos recursos financeiros, deliberar sobre as estratégias propostas, tornando a sociedade co-responsável na administração do sistema de saúde do País", acrescenta.

— Este não é um Conselho apenas para os dias de hoje, mas para o futuro. Do mesmo modo, a 9ª Conferência não deve se limitar a propôr os caminhos da municipalização e a analisar e criticar o Plano Quinqüenal de Saúde, mas, principalmente, apontar os novos caminhos que deverão ser trilhados nos próximos 10 anos, ultrapassando, incusive, o período deste governo e colocando com clareza as aspirações da sociedade, para que os governos federal, estaduais e municipais planejem suas ações a partir dos ditames reais emanados pela sociedade.

No momento em que a participação da população passa a ser incorporada na administração do setor saúde, João Cândido conclui que "é chegada a hora não só de implantar efetivamente a tão almejada Reforma Sanitária, mas de darmos um passo mais além, na direção de uma verdadeira democracia sanitária".

CONASEMS

Recursos humanos e financiamento darão a tônica aos debates da 9ª

A definição de uma política de recursos humanos para o SUS e a discussão sobre o financiamento do sistema — "entendido numa perspectiva mais ampla do que o enfoque sobre os repasses determinados pelo Artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde" — são as duas questões-chave para o processo de municipalização da saúde e deverão ser os temas a merecer as principais propostas e conclusões durante a realização da 9ª Conferência.

A opinião é do Secretário de Saúde de Santos e Secretário Geral do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), David Capistrano Filho. O encontro nacional, segundo avalia, deverá ser ainda mais representativo e ter maior discussão prévia que a 8ª Conferência, realizada em 1986. "Ele tem condições de ser o grande fórum para reafirmar as linhas fundamentais da Reforma Sanitária. — "ainda hegemônicas na área da saúde—nas quais se basearam os textos da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, e definir as estruturas e condições para impulsionar o processo de construção do SUS".

Esta certeza David Capistrano adquiriu ao participar de inúmeras conferências municipais, representando o Conasems, onde diz ter ficado "emocionado" com o avanço da participação popular e do nível de consciência dos técnicos do setor. "Depois das experiências das AIS, da 8ª Conferência e da implantação do Suds, milhares de pessoas no País passaram a discutir estas questões e o número dos que debatem o planejamento e a organização dos serviços de saúde se multiplicou", diz.

— Houve uma democratização do conhecimento e da informação nesta área. Criou-se uma demanda para a formação de novos quadros e, mesmo nos lugares mais distantes, sempre há uma enfermeira ou assistente social que recebe as publicações do RADIS, teve acesso aos documentos da 8ª Conferência, já leu algum texto da Opas ou exemplar da revista Saúde em Debate.

A polêmica em torno da política de recursos humanos deverá ser intensa na Conferência, segundo ele, porque é grande a insatisfação dos profissionais do setor com sua baixa remuneração e as diferenças salariais entre servidores federais, estaduais e municipais.

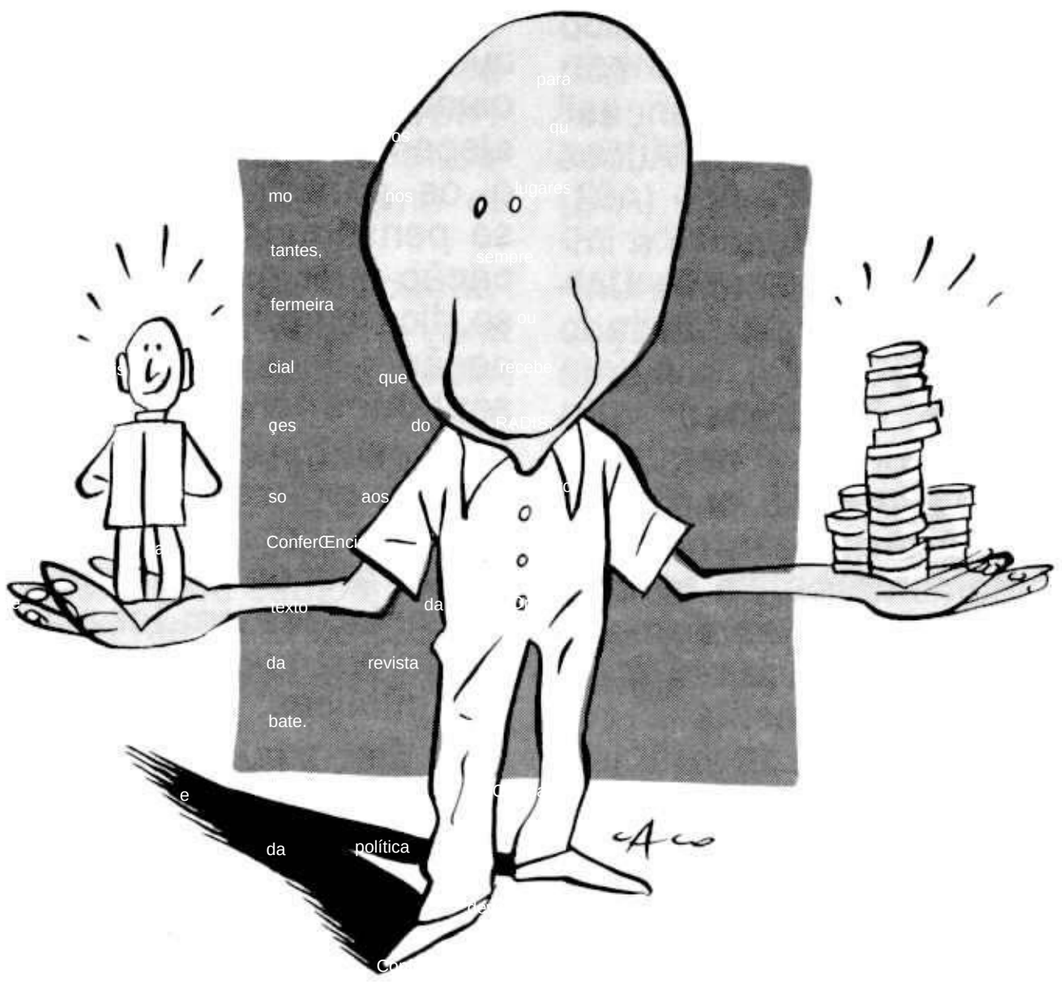
— É preciso que a Conferência aprove uma diretriz audaciosa e ousada para dar conta das diferenças salariais entre as esferas de governo. A atual política de cessão de funcionários, descentralizando o gerenciamento mas mantendo o vínculo empregatício, é fonte de muitos problemas. É preciso que os funcionários cedidos aos municípios sejam imcorporados aos seus quadros funcionais, sem prejuízo dos direitos adquiridos, mas os municípios precisam ter garantias de sustentação financeira para estes novos encargos.

O Secretário de Saúde de Santos (SP), que enfrentou recentemente uma greve do funcionalismo em seu município e acompanhou os "dramáticos" efeitos da greve de sete meses dos profissionais de saúde de João Pessoa, acredita que será inevitável o enfrentamento desta questão pelos delegados à Conferência. "Não pode haver uma fratura entre os movimentos reivindicatórios dos profissionais e os usuários. Nenhum democrata pode ser contrário ao exercício da greve, mas é inadiável a discussão sobre como compatibilizar o uso deste direito com o respeito aos direitos de cidadania à saúde, inscritos na Constituição".

A construção do novo sistema de saúde representa, na prática, segundo David Capistrano, uma profunda reforma do Estado, com uma visão social e descentralizadora de poder e recursos, a redistribuição de competências entre as esferas públicas e a busca de eficiência. "Estamos vivendo uma conjuntura contrária à reorganização e modernização do serviço público e é preciso que a 9ª Conferência sirva como um momento de resistência aos retrocessos recentralizadores propostos pelas emendas constitucionais defendidas pelo Governo. É neste contexto que a discussão sobre financiamento deve ser enfrentada".

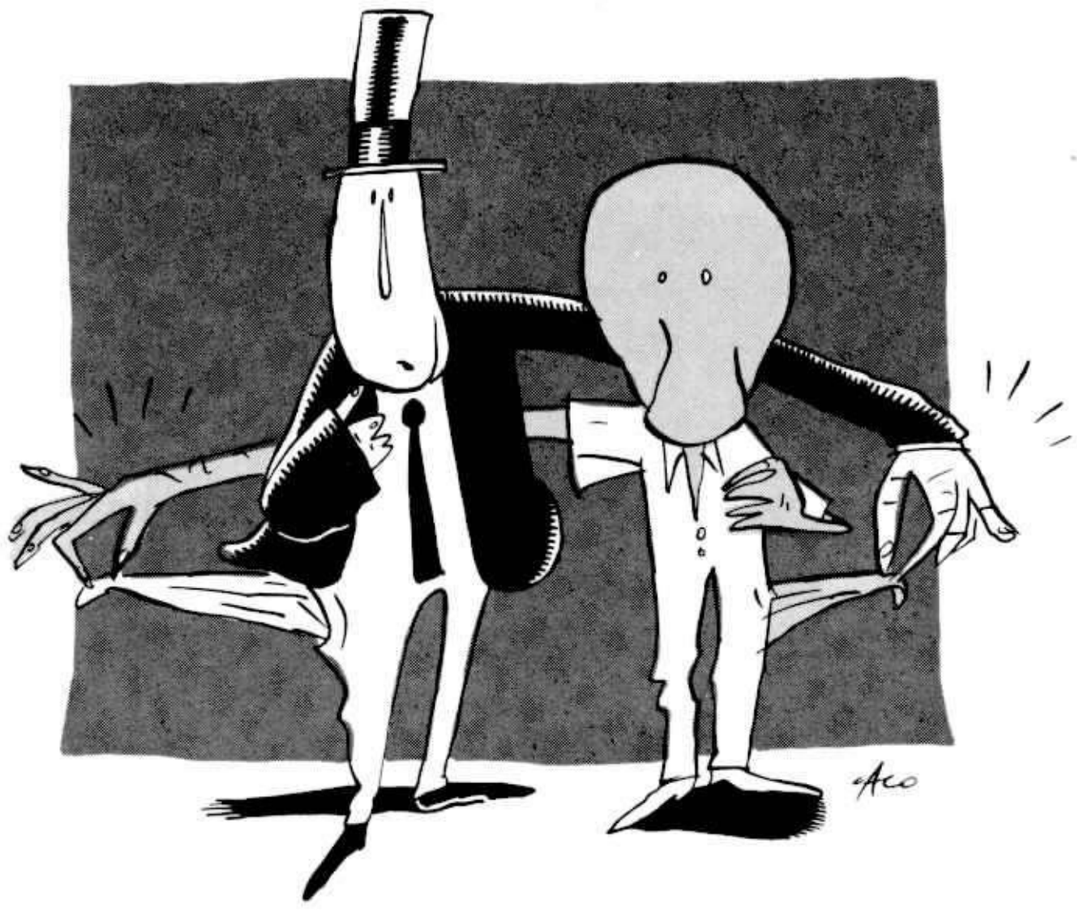
O pensamento privatizante também fortalecido na atual conjuntura, não deverá estar presente de forma contundente na 9ª Conferência, segundo David Capistrano. "O **lobby** da iniciativa privada está se concentrando na cúpula, como é de sua tradição, sem articulação nos estados e municípios. Além disso, os setores contrários ao SUS são os mais atrasados do ponto de vista tecnológico e administrativo. O setor privado de ponta tem mais permeabilidade à discussão que os donos de hospitais que sobrevivem da exploração da doença".

Sobre a compra de serviços da iniciativa privada, o Secretário Geral do Conasems acha que ela dever ser cada vez mais controlada e aperfeiçoada e não ficar restrita ao pagamento de consultas e internações. "A decisão sobre a contratação de serviços não oferecidos pelo sistema público num determinado município, como por exemplo exames para diagnóstico de imagens em modernos equipamentos de uma instituição privada, tem que ser vista pela regra da racionalidade econômica e não como uma questão de princípio. Se for mais barato comprar o serviço, à curto prazo, compra-se; se for possível a aquisição do equipamento à longo prazo, planeja-se o investimento".



CNI

"Patrões e empregados devem gerir verba da seguridade"



Na qualidade de um dos principais setores responsáveis pelo financiamento da Seguridade Social, a indústria brasileira quer que a administração destes recursos seja feita, "de fato", por empregados e empregadores, porque o Estado, historicamente, "tem sido um mau administrador dessas verbas".

Esta é a compreensão do representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI) no Conselho Nacional de Saúde, Paulo Sérgio Barbanti. Como médico e defensor da iniciativa privada, ele aponta alternativas de serviços de saúde "de alta qualidade", prestados à massa trabalhadora pelo setor privado:

— A indústria tem muitas experiências concretas nesta área, como a do Sepaco, sindicato ligado ao setor de papel e papelão, exemplo de eficiência e qualidade de assistência, dentro de um custo compatível de atendimento a uma massa de 250 mil pessoas em São Paulo. Na saúde do trabalhador, nossa experiência foi desconsiderada quando se elaborou o texto da Lei Orgânica da Saúde. Com a estatização predominante no Sistema Único, os municípios poderão repetir este erro e quem perderá novamente serão o trabalhador e seus familiares — ponderou.

Segundo ele, a indústria paga duplamente pelos mesmos serviços. "Além de contribuir oficialmente à Seguridade Social para ter saúde para seus trabalhadores, ela é obrigada a pagar pela segunda vez aos convênios médicos ou a ter seus serviços próprios de saúde, dada a ineficiência do sistema público", argumenta.

Paulo Sérgio Barbanti afirma que os empresários esperam que a municipalização da saúde venha permitir um melhor aproveitamento de recursos e melhoria da qualidade dos serviços públicos, de maneira a corrigir estas distorções. Ele considera que toda a discussão a ser feita durante a 9ª CNS deverá levar em conta "o grande vilão, que é a crise política e econômica que o país atravessa":

— Os trabalhadores empobreceram ao longo dos anos e as indústrias, também. Os sucessivos choques e planos econômicos transferiram a renda privada para o Estado, seja através dos seqüestros de poupança ou de outros mecanismos. Mas isso não resultou, entretanto, em melhoria do Estado no trato dos problemas sociais. Esta é uma das questões mais sérias a serem enfrentadas no debate, porque toda a melhoria no setor saúde, em especial da saúde do trabalhador, depende de investimentos onde o Estado assumiu constitucionalmente a maior responsabilidade.

CNA

Alimento para todos como ponto de pauta da 9ª

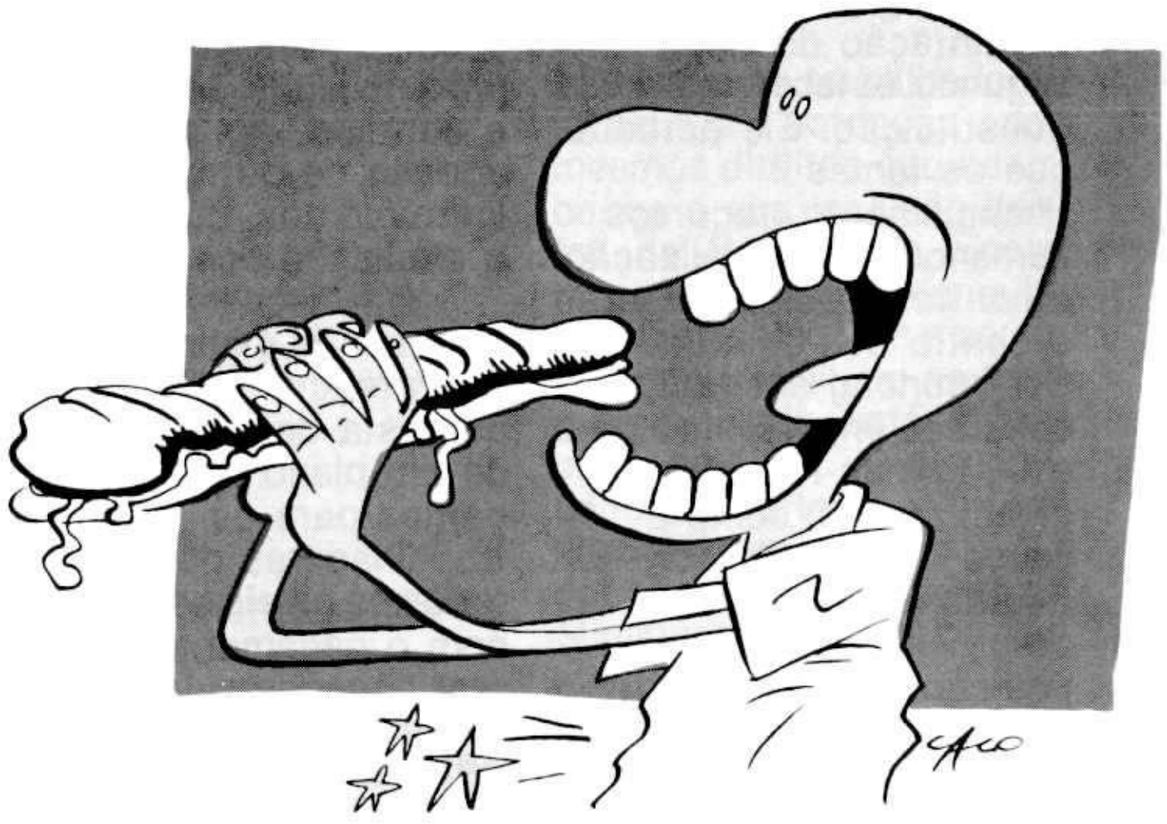
A Confederação Nacional da Agricultura (CNA) acha que a municipalização precisa ser reavaliada com profundidade, levando em conta a necessidade de se mobilizar todos os segmentos da sociedade em defesa da saúde e não da doença. "Este debate deve ser precedido, porém, de uma análise dos aspectos relacionados às condições de vida da população, determinadas pela má distribuição de renda, falta de saneamento básico e inexistência de um Programa Nacional de Abastecimento que assegure alimentos ao povo. Sem solução para estes problemas básicos, a saúde continuará em risco permanente", afirma o Diretor da CNA, que representa a entidade no Conselho Nacional de Saúde, Ary Brasil Cavalcanti.

Citando o Senador Teotônio Vilella, já falecido, "que sabiamente comparou a migração do homem do campo para a cidade à atração da mariposa pela luz", o pecuarista e vice-presidente da Federação da Agricultura do Estado de Goiás responsabilizou a falta de apoio oficial à agricultura pelo deslocamento dessa população migrante, "sem preparo para viver nas grandes metrópoles, onde se torna ainda pior a sua qualidade de vida":

— É inadiável discutir a rápida e desordenada urbanização do país que inverteu, em 40 anos, a distribuição da população nacional, fazendo com que o campo, que concentrava 80% da população, esteja restrito hoje a apenas 20% dela. Sem dúvida, o Brasil tem evoluído mas, lamentavelmente, não investe o suficiente em saneamento básico e carece de políticas de abastecimento interno e de distribuição de renda — analisa.

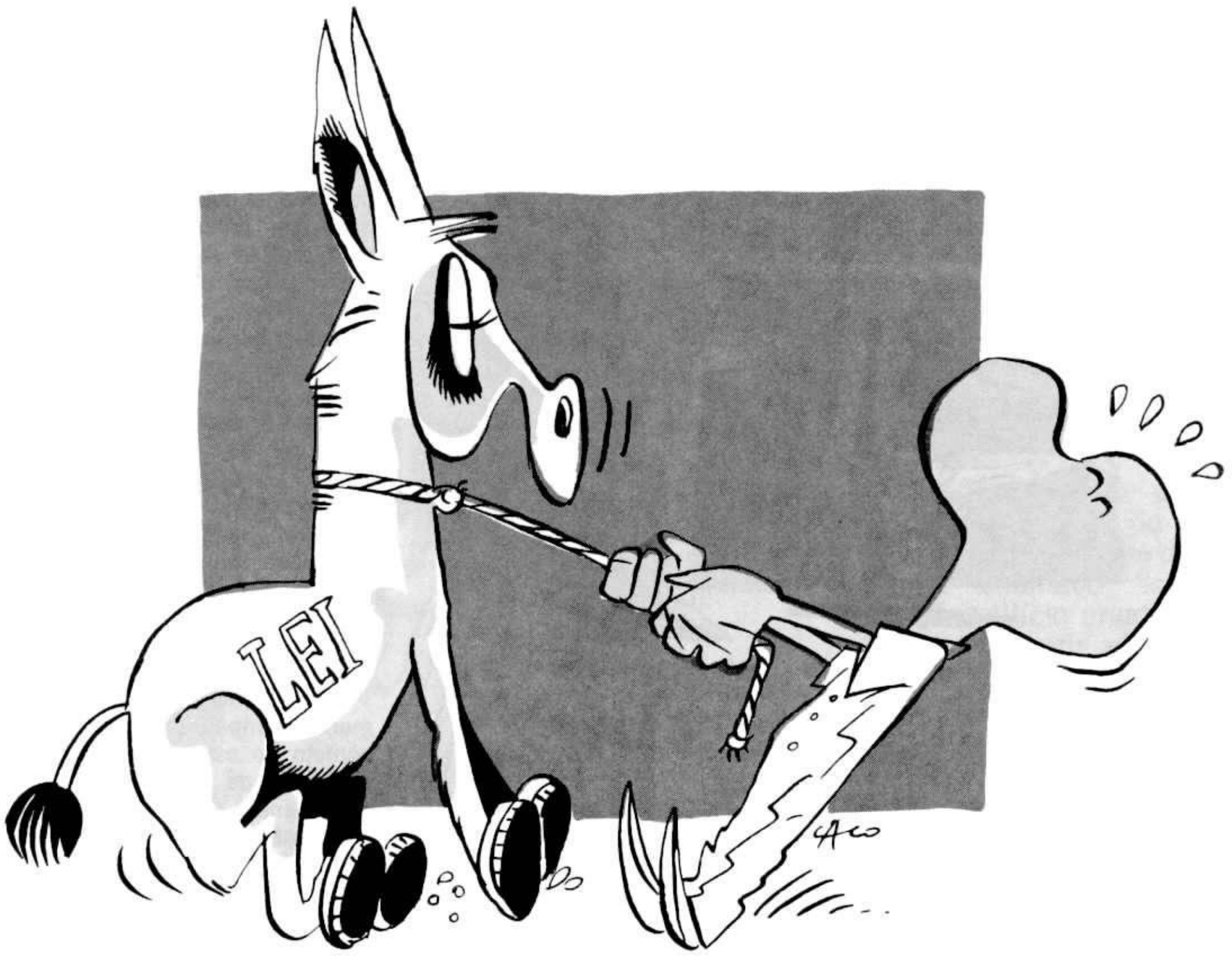
Ele acrescenta que a CNA não está de acordo com a "glamorização" de programas da área de saúde, que dependem somente da presença de médicos ou da existência de hospitais e são desgarrados de questões mais gerais, como a definição de políticas nacionais claras para setores essenciais como a agricultura.

Para Ary Brasil Cavalcanti, está havendo muita preocupação com os "sem terra" e pouco com os "com terra". A agricultura nacional está desestimulada pela falta de créditos e pela política de preço mínimo. Ao abordar a questão ecológica e o uso de agrotóxicos no campo, ele conclui que, além de uma fiscalização eficaz, "é preciso conscientizar os fazendeiros no sentido de usar o agrotóxico sob o monitoramento de profissional especializado e buscar fazer um combate biológico às pragas".



CUT

"Avanços da lei têm que ser levados à prática"



— Este governo não tem cumprido a lei no que se refere à implantação do SUS, ao repasse de verbas para estados e municípios e quanto ao tratamento dos recursos humanos do sistema. Portanto, não podemos nos iludir e pensar que ele vai aceitar facilmente que a 9ª Conferência tenha o papel deliberativo a ela atribuído pela Constituição. Mas apesar disso, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) está investindo de forma responsável na preparação do encontro, através da discussão de suas teses no 4º Encontro Nacional da CUT, realizado em agosto, e do encaminhamento destas propostas às etapas estaduais da Conferência. Na etapa nacional estaremos prontos para lutar pela aprovação de todas elas.

Partindo desta avaliação, o representante da CUT no Conselho Nacional de Saúde e diretor do Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST), Jocélio Drummond, prevê que a 9ª Conferência deverá debater os tópicos mais globais e polêmicos que assegurem a implantação do SUS, segundo estabelecido pela Constituição. Ele acredita que os temas financiamento, recursos humanos, municipalização e controle social ocuparão o centro dos debates da Conferência, enquanto questões importantes para a CUT, mas não tão globalizantes, como a saúde do trabalhador, ficarão para serem aprofundadas em pós-conferências específicas, à exemplo do que ocorreu na época da 8ª Conferência.

A proposta da CUT para o financiamento da saúde é que os critérios atuais para o repasse de verbas sejam substituídos por critérios epidemiológicos, populacionais e outros que obedeçam uma lógica social "e não a do lucro e do mercado, como o pagamento por produtividade", ressalta Jocélio. Para que a produtividade seja aferida e cobrada, ele sugere a adoção de outros instrumentos, que incluam a avaliação dos usuários.

Na discussão sobre recursos humanos da 9ª Conferência, a CUT traz a proposta de implantação de um plano de carreira e cargos para os trabalhadores do SUS em todos os níveis de governo, com o pagamento de gratificações salariais por produtividade. A discussão sobre isonomia, que vem polarizando os debates nos últimos anos, passa a ficar contextualizada no plano de cargos e salários e cede lugar a uma nova polêmica: a central dos trabalhadores defende que os mesmos critérios de carreira e salário devem valer para o setor privado conveniado.

Jocélio afirma, ainda, que os programas de agentes de saúde adotados até o momento se prestam ao clientelismo político, se baseiam numa visão de "saúde pobre para os pobres" e rompem com as vantagens da visão de equipe de saúde. A alternativa, segundo ele, seria a rediscussão do papel dos agentes e sua vinculação a programas de saúde e não de governo.

Em sua opinião, há poucos avanços em relação ao controle social do SUS. Ele identifica um número pequeno de conselhos de saúde funcionando nos estados e municípios, "a maioria com limitações ao seu caráter deliberativo". Sobre o Conselho Nacional de Saúde, do qual participa, Jocélio comenta:

— O Conselho é absolutamente democrático no seu funcionamento, o que é contraditório com este governo autoritário, que não se faz representar em todas as reuniões, não fornece informações satisfatórias para o nosso trabalho e não encaminha as decisões do Conselho.

A CUT defende a municipalização da saúde, desde que essa descentralização não represente uma pulverização do sistema de saúde, criando múltiplos sistemas em descompasso com uma política nacional de saúde. Nesta descentralização, não pode ficar de fora, na visão da entidade sindical, a vigilância sanitária e epidemiológica sobre as condições e os locais de trabalho da população, à cargo dos profissionais do SUS, e não do Ministério do Trabalho.

TRABALHADORES RURAIS

Saúde só com Reforma Agrária e uma nova política agrícola

Tirar do papel as conquistas obtidas na Constituição e na Lei Orgânica, implantando o Sistema Único de Saúde (SUS) com participação popular e garantia de recursos para os municípios é o que a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) espera da "disposição de luta" dos delegados e do conteúdo das resoluções da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

A colocação em prática das "bandeiras de luta da sociedade no setor saúde transformadas em lei nos últimos anos" é indispensável, segundo o presidente da Contag, Aloísio Carneiro, para que a população do campo seja alcançada pelo SUS. Em sua opinião, são determinantes também para a elevação dos níveis de saúde, a Reforma Agrária, incentivos à produção de alimentos para consumo interno do País e a melhoria da qualidade de vida da população.

— Tivemos uma participação razoável do pessoal do campo na 8ª Conferência e acompanhamos de perto todo o processo de discussão da Seguridade Social na Constituinte. Mesmo com as dificuldades financeiras que podem reduzir a participação de trabalhadores do campo como delegados, levaremos nossas propostas à 9ª Conferência, adianta Aloísio.

Entre as propostas da Contag está a garantia de recursos para os orçamentos da saúde da União, dos estados e municípios, através de instrumentos jurídicos claros. "Hoje, as leis existentes não estão sendo cumpridas, porque o Ministério da Saúde só repassa recursos para quem ele quer", denuncia o Presidente da Contag.

Somente com a participação da sociedade no gerenciamento destes recursos é que Aloísio acredita ser possível viabilizar a implantação do SUS. Segundo ele, apesar do esforço dos trabalhadores da saúde e de outros setores, há grandes barreiras a serem transpostas.

— No interior, os trabalhadores e a população em geral ainda acham que o Prefeito está dando a assistência como um favor para a sociedade. Abrir mão deste instrumento de compra de votos não é fácil, porque o clientelismo político é uma questão cultural brasileira. Somente em três ou quatro estados os conselhos de saúde funcionam conforme a lei.

Nos conselhos municipais, a falta de conhecimento, informação e politização são identificados por Aloísio como uma grande dificuldade para a participação dos 3.200 sindicatos rurais existentes no País. "Mas não é pelo fato dos trabalhadores terem falhas e propostas ainda não muito elaboradas, que vamos abrir mão de nossos direitos e instrumentos de controle", declara.

No Conselho Nacional de Saúde, a participação da Contag tem sido constante, mas seu Presidente lamenta que "a execução do que é deliberado dependa exclusivamente do Ministério da Saúde, fazendo com que muita coisa não seja encaminhada". Aloísio acrescenta que a participação nos outros níveis de governo é importante para que surjam propostas mais regionalizadas para o funcionamento do SUS. "O sistema terá características diferentes em São Paulo, no sertão e na Amazônia", esclarece.

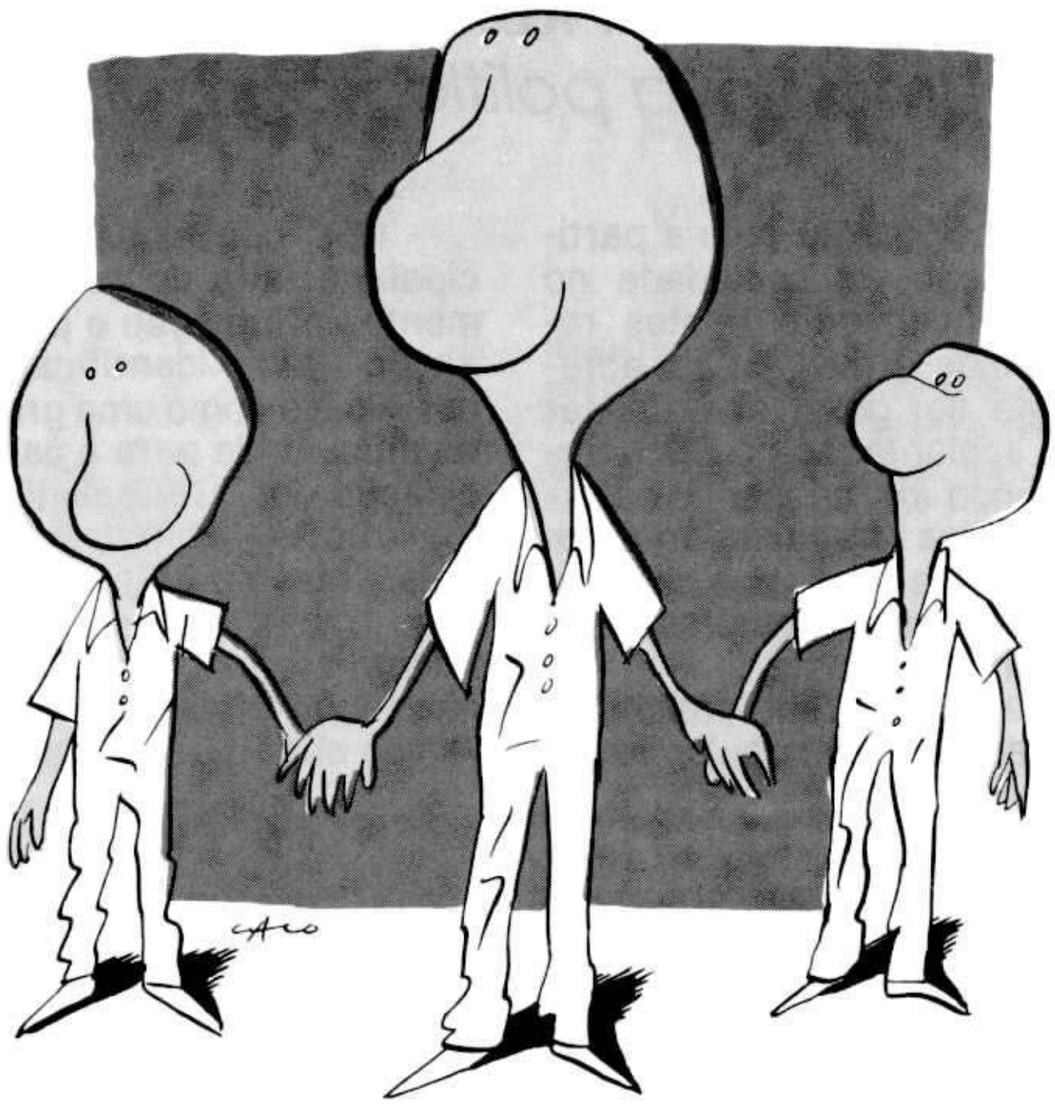
As diferenças regionais e econômicas, a qualidade de vida e os padrões de alimentação não podem ser colocados de lado ao se pensar a saúde da população, segundo ele.

— Existem milhões de pessoas sem terra para produzir no campo e, fugindo desta situação, outros milhões de favelados nas cidades. Enquanto isso, praticamente todo o alimento produzido vai para a exportação. É preciso fazer a Reforma Agrária e implementar uma política agrícola voltada para os pequenos produtores de alimentos. Os plantadores de feijão, milho e arroz que abastecem o mercado interno têm que receber, pelo menos, o mesmo tratamento que é dado aos exportadores de cacau e soja.

Para os trabalhadores rurais, a obtenção dos mesmos direitos que os urbanos e sua inclusão dentro da Seguridade Social representam uma conquista importante. Mas a saúde dos que trabalham na agricultura ainda está ameaçada pelo uso "indiscriminado e criminoso" dos agrotóxicos, diz Aloísio. "O departamento de saúde do Ministério do Trabalho não existe na prática", afirma. "Esta ainda é uma questão polêmica e não consensual, mas pessoalmente defendo que o SUS passe a gerenciar e fiscalizar — com o acompanhamento dos trabalhadores — todas as questões ligadas à saúde do trabalhador".

OPINIÃO

CONASS



Municipalização não anula o papel de cada estado

A municipalização não anula o papel de cada Estado como coordenador do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito estadual. Cabe ao estado, através de seu planejamento, o cumprimento desta função em observância às diretrizes emanadas do Conselho Estadual de Saúde. Os recursos financeiros do SUS devem ser administrados através de um Fundo, com participação dos Conselhos de Saúde. A condução da política de saúde deve se dar de conformidade com a Lei Orgânica da Saúde, devendo para tanto, ser discutida e modificada no sentido de torná-la um documento orientador.

Estas são algumas das posições firmadas pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e que, segundo seu recém-eleito Presidente, Lúcio Alcântara, Vice-Governador e Secretário Estadual de Saúde do Ceará, serão defendidas pelo conselho na 9ª Conferência Nacional de Saúde.

— Realizada no momento em que o Brasil enfrenta uma séria crise econômica e social, que deteriora as condições de saúde e agrava o quadro sanitário brasileiro, a 9ª CNS deverá ter um papel decisivo na condução da política de saúde e dela esperamos que surja um novo projeto político para o setor, elaborado pelas entidades participantes e pelos segmentos organizados da sociedade, oriundos das Conferências Municipais. O Conass não teve grande preocupação em realizar foruns que suscitassem a discussão dos temas oficiais da 9ª CNS, por considerar que as Conferências Municipais e Estaduais vêm expressando de forma clara e coerente as propostas políticas das entidades de saúde e da sociedade civil. Além disso, o Conass através de seus membros — Secretários Estaduais — participou ativamente, em cada região, de todo o processo de discussão. Firmamos algumas posições por considerar que estas são imprescindíveis para o aprofundamento do debate — acentuou Lúcio Alcântara.

Na opinião do Presidente do Conass, a descentralização implícita no Sistema Único de Saúde exige a operacionalização de um planejamento estratégico, com a participação de todos os níveis de direção do sistema. "Se isto ocorrer, não haverá choques de competência entre as esferas de Governo. Ora, se ao Município compete participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual, cabe ao Estado prestar apoio técnico aos municípios no sentido de garantir a execução plena da política estadual de saúde, que por sua vez contemplará as diretrizes do SUS em âmbito nacional".

— O planejamento regional deverá, portanto, ser assumido pela direção nacional do sistema, com a participação dos colegiados de secretários municipais e estaduais, para que as questões locais possam ser apreciadas nos aspectos técnicos e de financiamento. O que não se pode admitir é que o nível federal continue a estabelecer mecanismos para regular a implantação e o funcionamento do sistema, de forma isolada, contribuindo ainda mais para subverter a idéia de hierarquização do SUS — frisou o Presidente do Conass.

Ao abordar o papel dos Estados em relação a financiamento e gestão do SUS, Lúcio Alcântara deixou clara a posição de que estes não pretendem abdicar de suas funções de coordenadores estaduais do sistema de saúde. Ele observa que, embora a Lei Orgânica da Saúde tenha fixado as competências da direção estadual do SUS, aspectos fundamentais como gestão financeira dos recursos do sistema — inclusive os critérios de repartição que ficaram para regulamentação posterior — e da relação público e privado, precisam ser discutidos e esclarecidos para que não ocorram equívocos na condução do sistema. "Entendemos que a gestão financeira dos recursos não deve se dar de forma centralizada, onde o nível federal se articula diretamente com os municípios, sem participação dos estados, dificultando, por conseqüência, que estes cumpram suas funções de coordenadores estaduais do sistema de saúde", diz ele.

— Outro ponto polêmico, diz respeito à competência do Estado para celebrar contratos e convênios com o setor privado prestador de serviços, de forma complementar. Na atribuição de gerir serviços estaduais e regionais, a necessidade de contratar pode surgir, e, como se sabe, a Lei Orgânica da Saúde não explicita esta atribuição. Achamos que é de fundamental importância para a organização do sistema, que o estado exerça as funções de controle e avaliação da execução dos serviços públicos e privados de saúde, respeitadas as competências a nível local. No que se refere a recursos humanos, consideramos que o estado deve assumir o papel de coordenação e de execução, de forma complementar, através de um trabalho articulado com as universidades, assegurando a execução de uma política de recursos humanos para o setor, definida pelos Conselhos Estaduais de Saúde. Esta política deverá garantir a resolutividade das ações e, conseqüentemente, a melhoria da prestação de serviços — concluiu Lúcio Alcântara.

FIOCRUZ

Estratégia deve contemplar a diversidade epidemiológica do país

Um documento com uma avaliação crítica e propostas para a área de meio ambiente e saúde; e um painel com o perfil demográfico e epidemiológico, — mostrando que a realidade brasileira é recortada por mini-realidades que constituem um verdadeiro mosaico epidemiológico, — são as principais contribuições da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) à 9ª Conferência Nacional de Saúde.

O anúncio é do Diretor da Ensp, Paulo Marchiori Buss, que identifica no grande número de realidades específicas um entrave à superação da crítica situação do setor saúde hoje no Brasil:

— Isto reforça a necessidade de planejamentos locais e regionais, uma vez que o sistema só será eficiente se conseguir resolver os macro e micro problemas dentro de cada município.

Paulo Buss é enfático ao defender um novo modelo de sistema de saúde:

— É inadiável que se abandone os planejamentos idealistas e se mergulhe de forma profunda na realidade caótica do nosso sistema de saúde, entendendo que não há soluções prontas que servirão para todo o Brasil, mas sim estratégias que contemplem a diversidade registrada numa mesma região, estado ou até mesmo municípios que comportam várias realidades.

Na opinião de Paulo Buss, a Fundação Oswaldo Cruz "como instituição de ponta na área de ciência e tecnologia", tem um papel importantíssimo a cumprir no processo de superação da crise no setor saúde:

— A Fiocruz deverá se apoiar em três pilares para cumprir seu papel de formuladora deste projeto: o quadro epidemiológico variado que se registra no Brasil; a organização dos serviços de saúde hoje oferecidos à população e o compromisso que a instituição sempre teve com o avanço da ciência.

E para mostrar que a Ensp não fica só no terreno das propostas, seu Diretor exemplifica o que já está sendo feito pela Escola:

— Desde o ano passado estamos formando profissionais para atuarem na área da saúde pública voltados para a vigilância sanitária e epidemiológica, planejamento e saneamento, preparados para identificar e enfrentar esta desigualdade epidemiológica do País. Este processo nos fez redefinir metodologias e critérios e estabelecer um estreito relacionamento com secretarias municipais de saúde, objetivando formar recursos humanos já em função do novo modelo de assistência desenhado pelo Sistema Único de Saúde.

Mas para ele é necessário expandir esse novo modelo às outras instituições formadoras de recursos humanos, como as universidades e as escolas de nível médio:

— A realidade até agora tem sido a de formar médicos e atendentes sem preocupação com o miolo do sistema, isto é, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, radiologistas e outros profissionais. Mas as instituições de formação de recursos humanos para à saúde devem acompanhar as atuais transformações do sistema. Se isso não acontecer, corremos o risco de viver a "esquizofrenia" institucionalizada, pois é impossível implantar um SUS sem recursos humanos capazes de gerí-lo.

Sobre as dificuldades do processo de municipalização da saúde o Diretor da Ensp alerta:

— Temos que considerar a tradição centralizadora dos últimos vinte anos no Brasil como uma adversária capaz de inviabilizar a democratização do sistema. Além disso, não podemos achar que o Sistema Único de Saúde se efetivará com o simples repasse dos serviços de assistência aos municípios, sem que estes tenham instrumentos competentes para geri-los, pois corremos o risco de desmoralizar a proposta de descentralização por não trazer melhorias concretas à vida do usuário.

Paulo Buss aponta alguns instrumentos que considera essenciais para que os municípios sejam capazes de gerir os serviços de saúde:

— É necessário um suporte de cooperação técnica e desenvolvimento de recursos humanos com base nos dados epidemiológicos levantados naquele local específico. Seria como radiografar uma realidade para a partir deste diagnóstico receitar o melhor "tratamento", respeitando todos os componentes que formam a vida do "paciente". Mas para isso, é fundamental que a redefinição do modelo de financiamento supere a simples compra e venda de serviços do setor.

Ao informar que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz tem participado das conferências municipais e estaduais discutindo e propondo soluções para temas como financiamento, formação de recursos humanos, epidemiologia e saneamento, Paulo Buss avalia o papel da 9ª Conferência na implantação do Sistema Único de Saúde:

— A 9ª reafirmará um processo iniciado na 8ª Conferência, que tem como base a participação da sociedade civil, nela incluída os profissionais de saúde, que extrapola os limites rígidos dos burocratas do setor. Este fenômeno, de dimensão extremamente importante, difere do que ocorre na América Latina e até mesmo em países desenvolvidos, o que confere ao Brasil uma peculiaridade admirada em todos os países onde chegam informações sobre o movimento sanitário brasileiro.

Paulo Buss finalizou apontando o grave momento vivido pelo país e os reflexos que essa crise traz à saúde:

— A 9ª Conferência se realiza num momento muito importante e difícil, quando registramos um crescimento zero na economia, com conseqüências imediatas na saúde devido ao desemprego, aos baixos salários e à queda ainda maior da qualidade de vida da população. A superação da recessão e a retomada do desenvolvimento são fatores que também têm que ser analisados pela Conferência, que deverá traçar políticas que, mesmo diante desta realidade adversa, consigam melhorar as condições de saúde da população brasileira.

radis

TEMA

12

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ANO IX . NOVEMBRO . 1991

OS CAMINHOS DA MUNICIPALIZAÇÃO

LEGISLATIVO

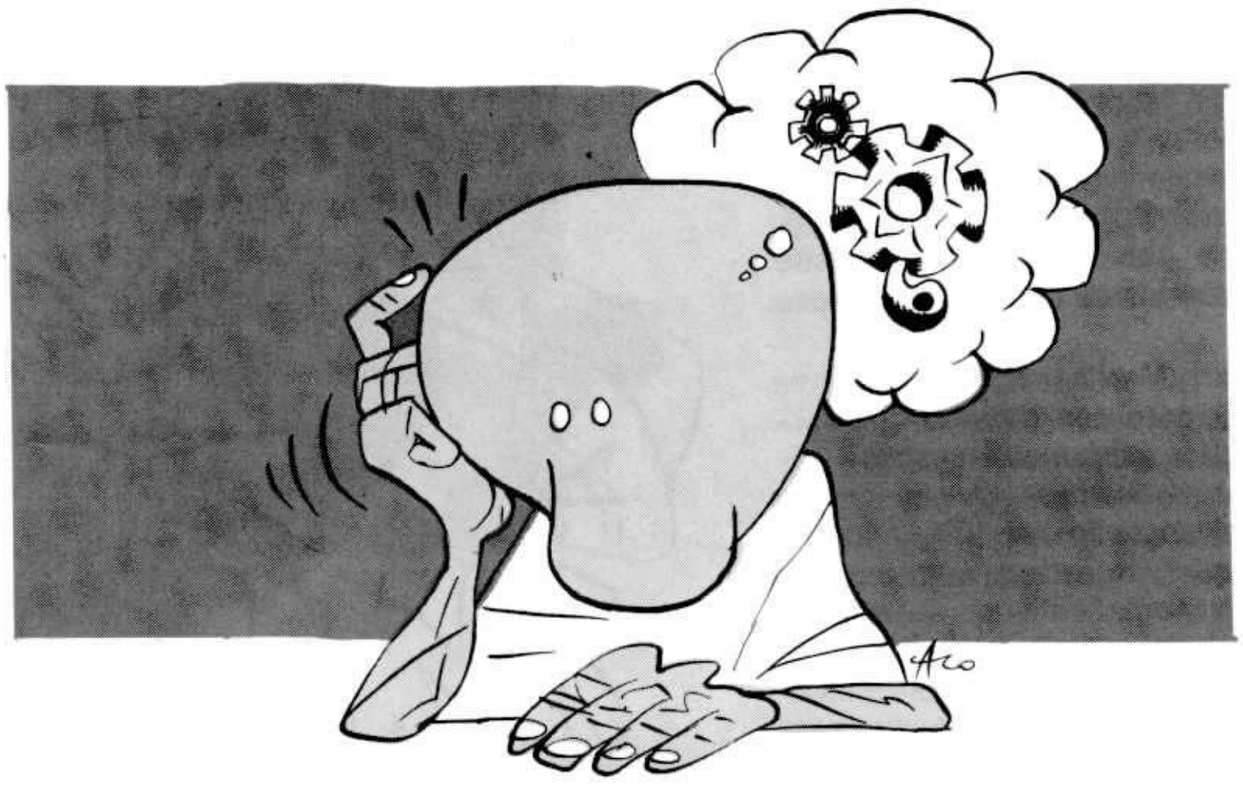
FEDERAL

Atual

de

MEDICINA DE GRUPO

"Setor público deve repensàr a gestão do sistema"



As empresas de medicina de grupo, os seguros de saúde e as cooperativas médicas estarão presentes na 9ª Conferência, apresentando em mesas redondas os conceitos e práticas em utilização de recursos humanos, formas de financiamento e de controle social adotados por esse sistema supletivo de saúde, que registra entre seus assistidos uma legião de 32 milhões de brasileiros, concentrados entre os segmentos produtivos dos centros urbanos.

Embora prefiram evitar entrar no choque de visões sobre as políticas de saúde, que promete marcar o evento, as entidades que representam este setor correm o risco de ver criticado no encontro o abatimento integral no Imposto de Renda das contribuições de seus associados, política condenada por diversas entidades presentes à Conferência. A alegação é de que isto se configura num subsídio indireto do Estado a estas empresas, com recursos que no setor público da saúde são extremamente escassos.

Presidente da seção paulista da Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo (Abramge) e representante também dos seguros de saúde e cooperativas médicas no Conselho Consultivo da Comissão Organizadora da 9ª Conferência, Alexandre Lourenço contesta essa interpretação. "Não somos financiados pelo Estado. Somos totalmente independentes", diz.

— Se o interesse do governo é proteger a nação, ele deve incentivar quem oferece atendimento à população. O pagamento de planos de saúde aos trabalhadores é uma forma de salário indireto dado pelas empresas, como o transporte, a alimentação e outros benefícios. Se não há o estímulo do abatimento para as empresas e as pessoas, muitos não terão meios de obter a assistência médica particular, criando-se uma demanda que vai sobrecarregar o serviço público.

Alexandre Lourenço cita o exemplo da Prefeitura de São Paulo para mostrar como as empresas de medicina de grupo e afins contribuem para reduzir a demanda sobre o setor público. "O município recebe 50% de sua verba do SUS pelo critério populacional", diz ele. "Mas como 60% da população da capital está sendo atendida pelo sistema supletivo privado, os recursos economizados com o atendimento desta parcela podem ser melhor aplicados na assistência ao restante da população". Em sua opinião, a municipalização na saúde e a descentralização administrativa são importantes pela possibilidade de um aproveitamento mais racional dos equipamentos, de pessoal e dos demais recursos existentes no setor público.

Ele acrescenta que as exposições a serem feitas durante a Conferência pelo segmento do setor privado por ele representado podem ser uma contribuição para o setor público repensar a gestão do seu sistema. No gerenciamento dos nossos serviços temos dado ênfase ao controle de custos e de qualidade, para dar atendimento de boa qualidade pelo menor preço.

Alexandre Lourenço discorda das críticas feitas à possibilidade da iniciativa privada — em especial as cooperativas médicas — gerir os sistemas locais de saúde, através de convênios com os municípios.

Em debates promovidos entre secretários municipais de saúde, o temor de que haja um processo de privatização da saúde em curso é freqüentemente associado à acusação de que a impossibilidade do lucro faria com que as ações básicas de saúde, a vigilância epidemiológica e sanitária, por exemplo, deixassem de ser implementadas.

— Já existem hoje convênios entre o setor público e cooperativas médicas para campanhas de vacinação, que são conduzidas criteriosamente. Estes setores já executam também todo um trabalho de fiscalização sanitária e de prevenção à Aids, ao consumo de drogas e contra o fumo.

Alexandre Lourenço entende a complementariedade dos setores público e privado da saúde como uma divisão de áreas e clientela a serem atendidas, sem que um "sistemas" se sobreponha ao outro:

— É importante para o Estado que as empresas dêem cobertura a parte da população. Atendendo a uma população menor, ele terá melhores condições de aproveitamento de seus recursos com os setores mais pobres e as áreas descobertas do interior, já que a tendência nas grandes cidades é que as empresas assumam a assistência. A medicina privada não vai para o sertão porque a saúde lá não dá retorno financeiro.

É um equívoco do Estado, em sua opinião, a construção de um hospital em frente à outro da iniciativa privada, já existente. "Nesses casos, o município deveria ter que mostrar que o seu hospital será mais eficiente que o da iniciativa privada. E neste ponto, creio que o Estado tenha muita dificuldade de concorrer", acrescenta.

Durante a Conferência, ele não vê razão para que haja conflito entre o público e o privado. "Temos que buscar a concordância, pois a discussão ideológica não leva a nada", afirma. "Se o Sistema Único de Saúde for vitorioso, for tão bom quanto se quer, ninguém vai precisar pagar para ser atendido e as empresas de saúde vão ter que procurar outra atividade para seus negócios. Mas isso só o tempo vai dizer".

CFM

"É preciso estar alerta contra a prefeiturização"

O Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Ivan de Moura Fé, considera que o tema central da 9ª Conferência Nacional de Saúde — "Municipalização é o Caminho" — deve ser discutido com "muito cuidado, para se evitar que a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) acabe caindo na visão estreita da Prefeiturização, reduzida apenas ao desvio de decisões das autoridades estaduais para as municipais".

Ivan de Moura Fé frisa que o CFM defende a Municipalização, na ótica de que é no Município que o cidadão está sentindo suas necessidades, sendo, portanto, nesta esfera que as decisões sobre o funcionamento dos serviços de saúde devem ser tomadas. "Mas defendemos, sobretudo, que a implantação do SUS represente reais transformações do sistema, contemplando, entre outros aspectos, a participação popular, para que este mesmo cidadão possa opinar e deliberar sobre a política de saúde que deve ser adotada, levando em conta a realidade local, sem perder de vista as diretrizes de todo o Sistema Único".

— O único instrumento capaz de assegurar serviços de saúde de qualidade é a participação efetiva da comunidade, garantindo controle social de todo o sistema e esta deve ser uma das discussões centrais da 9ª. Recentemente, o Ministro da Saúde disse que nenhuma Conferência de Saúde faria o Governo voltar atrás de suas decisões, porque muito mais importante que uma Conferência são os votos do Presidente. Reconhecemos a legitimidade do mandado obtido nas urnas, mas temos a compreensão de que este mandado não é ilimitado e que deve ser renovado na prática com políticas de Governo comprometidas com os reais interesses da população. Também entendemos que nenhum Governo fará com que os cidadãos abram mão de conquistas básicas como a saúde — acentua o Presidente do CFM.

Para Ivan de Moura Fé, a 9ª CNS será um momento importante nas definições das questões básicas relacionadas com a saúde no país, considerando que, "apesar do texto constitucional e das leis que criaram o SUS e asseguraram a descentralização de recursos e a participação popular, houve e está havendo um retardamento na implantação destas diretrizes, gerando distorções enormes. Lamentavelmente, não existem conselhos de saúde em todo o país e onde estão estruturados, na maioria dos casos, não têm as características propostas (com participação paritária e caráter deliberativo). A descentralização de recursos, legalmente assegurada pelas Leis 8.080 e 8.142, que fixaram formas de repasses regulares e automáticos, também não está sendo acatada. Em todos os níveis de Governo estão se criando entraves de ordem burocrática, com exigência de convênios no repasse de verbas, tanto da esfera Federal para os estados e destes para os municípios. Tais questões precisam ficar bem definidas pela Conferência".

Outro aspecto que o presidente do CFM considera da maior relevância para ser aprofundado durante a 9ª CNS, refere-se à isonomia salarial entre os profissionais da área de saúde. Para ele a implantação efetiva do SUS pressupõe tornar realidade o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, unificando o trato de todo funcionalismo do setor. Mais que isso, o dirigente médico acentua a necessidade do Executivo definir uma política clara de recursos humanos, com características modernas, que além da admissão por concurso público, estabeleça um sistema de educação continuada, assegurando permanente reciclagem profissional. "É fundamental que se concretize de vez uma maior articulação do SUS com as escolas formadoras dos profissionais de saúde, nelas incluídas as universidades, para que eles recebam uma formação integrada com a realidade sanitária em que irão atuar. O próprio texto constitucional estabeleceu que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos da área de saúde".

— Sem planos de cargos, carreiras e salários, vemos profissionais exercendo a mesma função, por vezes na mesma unidade de serviço de saúde, com salários totalmente diferentes. Tal desequilíbrio e injustiça leva em muitos casos à desmotivação e desinteresse, provocando inclusive pedidos de demissão e busca de novos vínculos devido aos baixos salários e às desigualdades no setor. Hoje vemos inúmeras tentativas de se responsabilizar os médicos e outros profissionais da área de saúde por tudo de errado que existe no setor. No Brasil ainda predomina o velho hábito de se buscar bodes expiatórios para justificar mazelas que em grande parte, são responsabilidade dos próprios governos — acentua Ivan de Moura Fé, acrescentando:

— Sem dúvida a situação de assistência à saúde é insustentável, mas cabe atribuí-la à falta de atitudes mais sérias por parte dos governos que se sucederam ao longo dos últimos anos, que não alocaram recursos suficientes e promoveram gerenciamento administrativo segundo os interesses políticos eleitorais. Realmente, o quadro sanitário está exigindo medidas profundas não só em relação às doenças que atingem e matam milhares de brasileiros (como a malária e a esquistossomose), como para que possamos nos defrontar com doenças que eram consideradas extintas e voltam a ser uma ameaça sanitária, como é o caso da cólera. Estes problemas só se resolvem com políticas sérias de governo e interação do sistema de saúde com outras áreas como saneamento básico. Colocadas estas questões, vamos para a 9ª CNS com a disposição de contribuir nos debates que possam resultar em propostas concretas para reversão deste quadro dramático. Instrumentos para isso existem inclusive do ponto de vista das leis — conclui o Presidente do Conselho Federal de Medicina.

Aos leitores

Este número da TEMA sai num momento crítico da conjuntura política, econômica e social do País. A volta da inflação, o crescimento zero da economia, a recessão econômica e suas conseqüências no aumento do desemprego, no achatamento salarial e na queda na qualidade de vida da população trazem repercussões imediatas à saúde.

Como se não bastasse esta conjuntura adversa, o sistema de saúde não consegue superar suas antigas deficiências. O processo de municipalização da saúde se arrasta e o usuário não acredita mais nas promessas de melhoria. Os avanços e retrocessos registrados desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), passando pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e a tentativa de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado pela Constituinte levam ao descrédito na superação da grave crise no setor.

O objetivo desta TEMA é vasculhar o mais profundamente possível — mantendo a linguagem acessível à grande maioria da população que caracteriza o RADIS — as causas e as propostas de superação desse quadro crítico.

Constitucionalmente definida como o fórum máximo de decisões no setor, o adiamento da 9ª Conferência Nacional de Saúde não deve protelar discussão tão importante e urgente.

O RADIS publica aqui a opinião de vários setores envolvidos com a saúde, começando pelas representações da sociedade civil e do governo com assento no Conselho Nacional de Saúde. Vale esclarecer, inclusive, que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Central Geral dos Trabalhadores (CGT) foram exaustivamente procuradas.

Seguindo esse critério, temos o depoimento do Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); da Central Única dos Trabalhadores (CUT); da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge); da Conferência Nacional da Agricultura (CNA); do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); da Confederação Nacional da Indústria (CNI); de representantes dos poderes legislativos federal, estadual e municipal; da Fundação Oswaldo Cruz; da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam); da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); do Conselho Federal de Medicina (CFM); do Centro Brasileiro e Estudos da Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

O RADIS publica também um texto histórico sobre os trinta anos do processo de municipalização e a opinião de alguns "personagens" que marcam essa história. São eles os secretários municipais de saúde de Porto Alegre — RS (Maria Luiza Jaeger), de Timóteo — MG (Mozart de Oliveira Jr.), de São José dos Campos — SP (Gilson Carvalho) e de seu Subsecretário (Edmilson Leão), membros da Comissão de Financiamento do Conasems, que escrevem sobre quem paga a conta e quem se apropria dos recursos no setor saúde; e o ex-Secretário de Saúde de Uberlândia e atual Coordenador de Desenvolvimento Institucional da Fundação Nacional de Saúde, Flávio Goulart, que considera a municipalização um processo permanente de mudanças. Já o Professor Dalton Mario Hamilton, Coordenador de Cooperação Técnica e Serviços da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, escreve sobre assistência à saúde e afirma que eficiência e qualidade continuam longe do dia-a-dia do usuário que bate às portas dos postos e hospitais. Para finalizar, o professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Silva Paim, faz um oportuno alerta no texto "Quando a municipalização não é o caminho", apontando vários problemas no processo de descentralização que, segundo ele, pode não reorganizar as práticas de saúde, inviabilizar os sistemas locais e abortar o projeto de Reforma Sanitária.

Essa visão ampla do processo de municipalização a que se propõe esta TEMA objetiva, também, realizar um resgate histórico e mostrar que essa proposta não surge agora, mas é resultado de um longo processo de lutas que vem se arrastando a pelo menos três décadas. O papel desta TEMA, portanto, é contribuir para um debate que a cada dia que passa se torna mais urgente e que está ligado como unha e carne à superação da verdadeira tragédia sanitária que se abate sobre nosso País.

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE
TEMA

A revista TEMA é um Órgão Oficial da **Fundação Oswaldo Cruz,** editado pelo **Programa RADIS** (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp) e pelo **Centro de Informações para a Saúde** (CIS).
Presidente da Fiocruz: **Hermann Schatzmayr;** Diretor da Ensp: **Paulo Marchiori Buss;** Coordenadora do Radis: **Tânia Nunes;** Editor Responsável: **Álvaro Nascimento;** Redação: **Rogério Lannes, Jane Paiva e Álvaro Nascimento;** Administração: **Jandira Vilhena;** Aux. Administrativos: **Marisa Aguiar e Marcos Antônio Aguiar.** Apoio: **SDE/ENSP.**
Tiragem: 40 mil exemplares; Distribuição: Direta, via correio; Assinatura: Grátis, em conjunto com o PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária, SÚMULA e DADOS. PROGRAMA RADIS: Av. Brasil, 4036 salas 509-510-511-513-515 — CEP. 21.040 — Tel. (021) 260-7979 e 590-9122 R. 288 — Manguinhos — Rio de Janeiro — RJ — Brasil — Fax: 55 21 280-8194.
NOSSA CAPA: Manifestação popular realizada em Ronda Alta (RS), em 1987, por ocasião da assinatura de um protocolo de intenções entre a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul e a Associação dos Trabalhadores de Ronda Alta (Atra), primeiro passo do processo de municipalização da saúde naquela cidade.

MUNICIPALIZAÇÃO

Trinta anos de esperança e frustrações

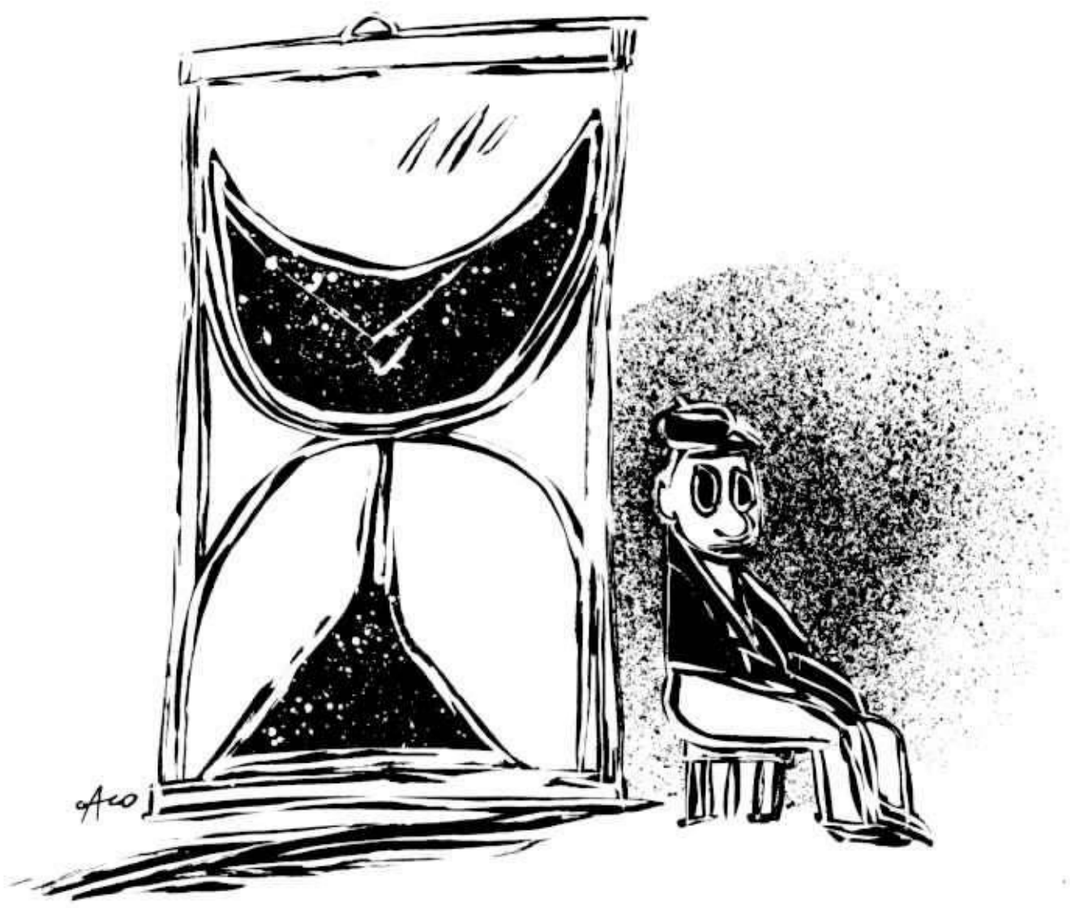
Álvaro Nascimento*

A final de contas, o que é a municipalização? Que projeto de gestão de sistema de saúde é esse? Quem o formulou? Qual a sua história? Num momento importante como o da realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, é imprescindível que se discuta o processo já vivido no caminho da municipalização do sistema, até mesmo para que não se repitam erros, não se acredite em promessas não cumpridas e se possa fazer dessa conferência um instrumento de avanço na solução da crise do setor.

Esse caminho retrospectivo se justifica não apenas pelo provérbio que afirma ser o Brasil "um País sem memória". Ele é necessário também porque nos fornece um panorama das formulações que cercam o conceito de municipalização e as resistências históricas que tem enfrentado, mostrando que as idéias que agora estão em debate não são fruto do momento atual, apenas. Ao contrário, têm histórias e se sedimentam numa longa trajetória política de lutas de um setor essencial à melhoria da qualidade de vida em nosso País.

A história do processo de municipalização na saúde se mistura com a das conferências nacionais de saúde realizadas nos últimos trinta anos, o que mostra como estas transformações estão sendo encaminhadas de forma lenta no Brasil.

As duas primeiras conferências, em 1941 e 1950, foram realizadas com o intuito de discutir a saúde nos estreitos limites institucionais, quando a política sanitária brasileira ainda era vinculada ao Ministério da Educação e Saúde.



Já a terceira conferência é realizada no bojo das intensas discussões relativas às "reformas de base" no governo de João Goulart. A pauta do evento — situação sanitária nacional, a municipalização e a Política Nacional de Saúde — já traduzia uma grande mudança no enfrentamento das questões relativas ao setor, que passaram a ser vistas como um resultado das várias iniciativas governamentais no campo do saneamento básico, educação, trabalho, salário e condições de vida.

O golpe de 1964 provocou um retrocesso e o Governo voltou a assumir a problemática do setor como uma questão meramente técnica, ao mesmo tempo em que a repressão política fez com que os movimentos sociais, que até então pressionavam o governo exigindo reformas, submergissem e passassem a um momento de resistência, onde as instituições democráticas estavam ameaçadas em sua própria existência.

Nessa conjuntura, foi convocada em 1966 a 4ª Conferência. Ela teve seu papel esvaziado e tratou exclusivamente da questão dos "recursos humanos em saúde". O regime militar abandonava, neste momento, a abordagem que fora construída nos últimos anos, que apontava para a solução dos problemas da saúde na ótica da superação da crítica realidade das condições de vida enfrentadas pela população.

A marginalização da sociedade e a opressão do pensamento crítico, que caracterizaram o período pós-64, se abateram sobre todos os segmentos sociais. E a área da saúde não fugiu a esta realidade. Mas ao mesmo tempo em que as novas formulações para a superação da crise na saúde eram sufocadas, acentuava-se a "esquizofrenia" de um sistema com vários comandos, que discriminava a maioria da sociedade e fazia com que a política de saúde se transformasse num instrumento voltado para pequenas parcelas da população e ineficiente até para combater as doenças controláveis por vacina.

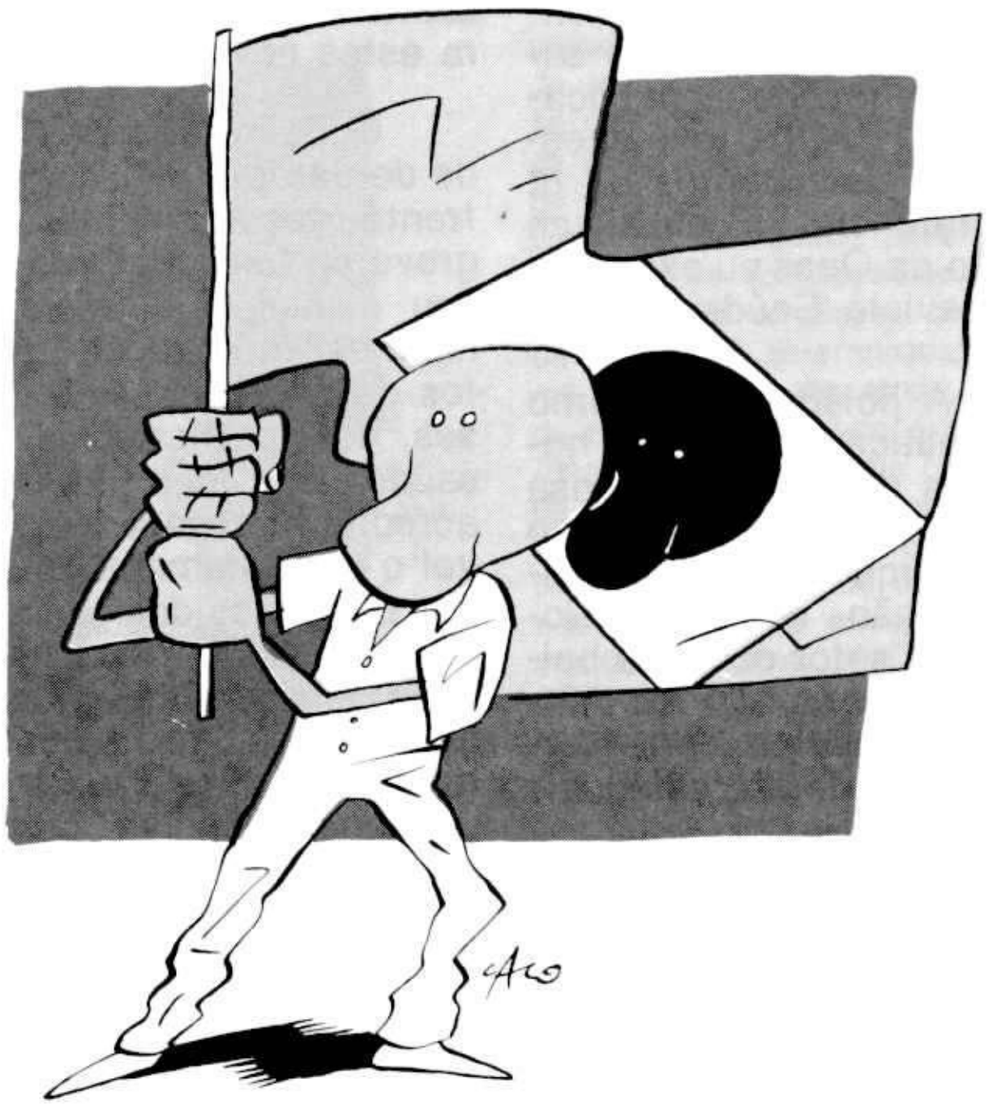
Alta mortalidade infantil, elevada incidência de doenças como a poliomielite, cinco milhões de chagásicos, oito milhões de casos de esquistossomose e o acentuado aumento das doenças degenerativas como a hipertensão e o câncer, formavam um quadro dramático do setor saúde, que naquele momento repassava à iniciativa privada nada menos que 80% da arrecadação da Previdência Social destinada à assistência médica.

A partir de 1975, se cristalizam núcleos de resistência à esta política. Profissionais da academia, dos serviços de saúde, alguns partidos políticos e lideranças sindicais iniciam um processo de questionamento do sistema vigente e em 1978 é fundado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), instituição da sociedade civil organizada que passa a formular alternativas à política de saúde, apontando desde a sua criação para a necessidade da democratização do setor.

Tendo como pano de fundo o fim do "milagre econômico" e no horizonte a ameaça da política recessiva, o Cebes constrói uma verdadeira plataforma de governo para a saúde, onde a municipalização se apresentava como ponto de partida para a superação da crise que atravessava o setor. As denúncias da iniqüidade da organização econômico-social e da perversidade do sistema de prestação de serviços, juntamento com a luta pela democratização do país, formavam um tripé que apontava para uma nova racionalidade na organização das ações e serviços de saúde. O Cebes conse-

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo quer participação da sociedade na gestão do sistema



— A Conferência Nacional de Saúde é o mais importante acontecimento dentre todos os eventos que caracterizam a participação popular no setor saúde e esta participação é uma diretriz expressa no Artigo 198 da Constituição. Foi, portanto, no intuito de cumprir o mandamento constitucional que o governo do Presidente Fernando Collor convocou a 9ª Conferência e reorganizou o Conselho Nacional de Saúde, com o empenho pessoal do Ministro Alceni Guerra. Não só para respeitar a Lei, mas também para obter a co-participação de toda a sociedade na administração do complexo sistema de saúde brasileiro.

A afirmação é do Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde e Secretário do Conselho Nacional de Saúde, João José Cândido da Silva. É nos municípios, segundo ele, que a participação melhor se expressa e é onde irão surgir as possibilidades de maiores transformações:

— São as etapas municipais da conferência que possibilitam a compreensão do que é atendimento de saúde e de quem é atendido, saindo da abstração dos programas resolvidos em gabinetes. No município, a população se transmigra em pessoas com nome e endereço, com problemas e dificuldades e é só nele que se vão encontrar as soluções. Não é por outra razão que o tema da 9ª Conferência é "Municipalização é o caminho". Municipalização quer dizer descentralização de poder, participação comunitária e responsabilização compartilhada.

João Cândido afirma que as bases em que se assentam a organização sanitária brasileira se originam no Brasil colonial e se caracterizam pela imobilidade de suas estruturas — "reeditando leis com mais de trezentos anos" — e pela organização que tem como princípio a criação de cargos. "Estas bases têm que passar por profundas e agudas transformações", diz. "A participação da comunidade se fez no Brasil apenas onde era consentida".

João José Cândido identifica "tímidas e não extensivas mudanças" com a adoção das Ações Integradas de Saúde (AIS) e avalia que, durante a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), somente algumas comissões interinstitucionais estaduais foram abertas à participação de entidades não governamentais — "a maioria era apenas fórum de acertos e desacertos entre órgãos governamentais".

Na esfera federal, ele considera que a presença apenas dos Ministérios da Saúde, Previdência, Educação e Trabalho na Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), reeditava o mesmo panorama. Quanto ao Conselho Nacional de Saúde, criado em 1937, o secretário do atual Conselho avalia que sua função sempre se limitou a assessorar o Ministério, "com seus componentes, sempre escolhidos entre as entidades estatais ou por indicação direta do Ministro e do Presidente da República".

— Podemos entender que a participação da sociedade já se dá quando elegemos os governantes e os parlamentares. Mas se pensarmos que participação quer dizer ter acesso, fica claro que a participação delegada aos representantes tanto do Executivo quanto do Legislativo, embora legítima e legitimada pelas urnas, não esgota e não atende aos anseios da sociedade em ter acesso às instituições e serviços públicos.

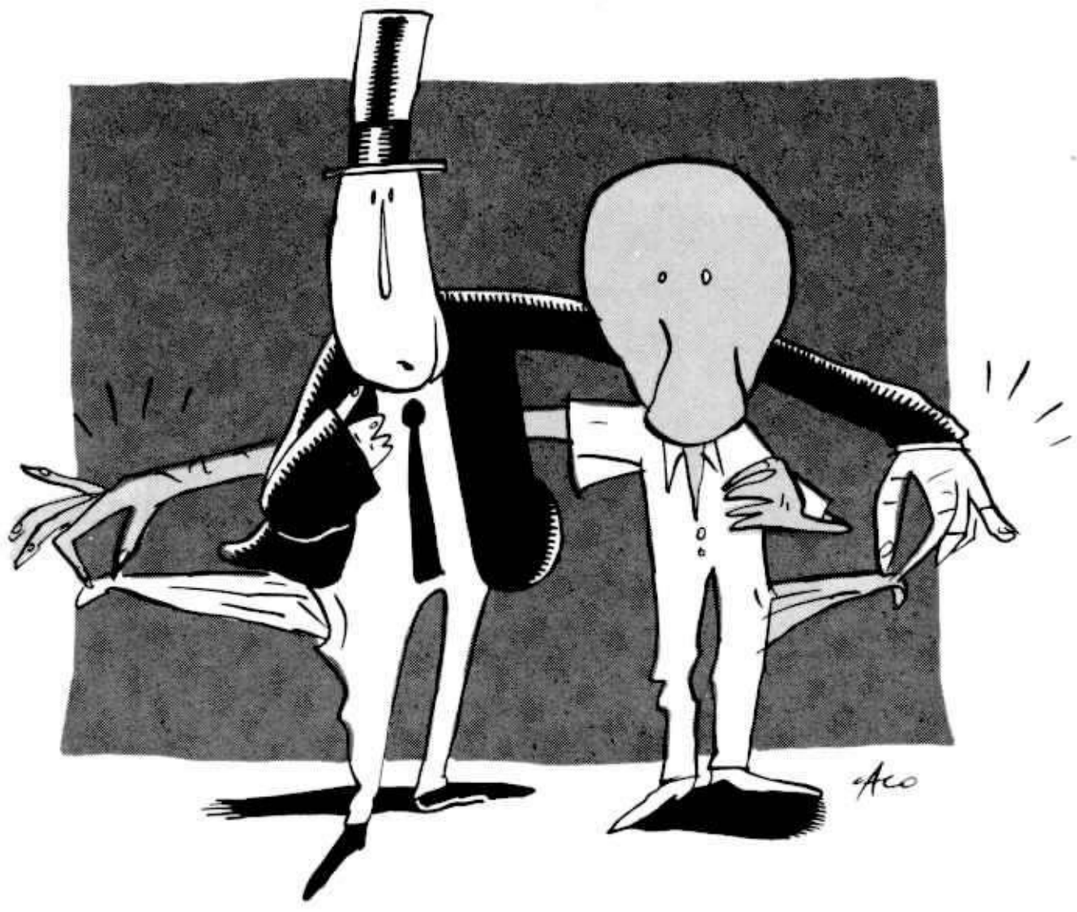
Em sua opinião, as novas bases em que se estrutura a legislação sanitária, juntamente com o conjunto de normas e instruções técnicas oriundas dos diversos órgãos do Ministério da Saúde, "notadamente o Inamps", estão contribuindo para dar uma nova face ao setor. É neste contexto que o Chefe de Gabinete do Ministério vê o novo Conselho Nacional de Saúde, regulamentado em 1990 com uma composição paritária, onde os usuários do sistema de saúde ficam com uma participação de 50% e o governo, as entidades privadas prestadoras de serviços e os profissionais de saúde com os demais 50%. "Agora, o Conselho é deliberativo e tem a responsabilidade de atuar na formulação da política de saúde, controlar sua execução, supervisionar a aplicação dos recursos financeiros, deliberar sobre as estratégias propostas, tornando a sociedade co-responsável na administração do sistema de saúde do País", acrescenta.

— Este não é um Conselho apenas para os dias de hoje, mas para o futuro. Do mesmo modo, a 9ª Conferência não deve se limitar a propôr os caminhos da municipalização e a analisar e criticar o Plano Quinqüenal de Saúde, mas, principalmente, apontar os novos caminhos que deverão ser trilhados nos próximos 10 anos, ultrapassando, incusive, o período deste governo e colocando com clareza as aspirações da sociedade, para que os governos federal, estaduais e municipais planejem suas ações a partir dos ditames reais emanados pela sociedade.

No momento em que a participação da população passa a ser incorporada na administração do setor saúde, João Cândido conclui que "é chegada a hora não só de implantar efetivamente a tão almejada Reforma Sanitária, mas de darmos um passo mais além, na direção de uma verdadeira democracia sanitária".

CNI

"Patrões e empregados devem gerir verba da seguridade"



Na qualidade de um dos principais setores responsáveis pelo financiamento da Seguridade Social, a indústria brasileira quer que a administração destes recursos seja feita, "de fato", por empregados e empregadores, porque o Estado, historicamente, "tem sido um mau administrador dessas verbas".

Esta é a compreensão do representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI) no Conselho Nacional de Saúde, Paulo Sérgio Barbanti. Como médico e defensor da iniciativa privada, ele aponta alternativas de serviços de saúde "de alta qualidade", prestados à massa trabalhadora pelo setor privado:

— A indústria tem muitas experiências concretas nesta área, como a do Sepaco, sindicato ligado ao setor de papel e papelão, exemplo de eficiência e qualidade de assistência, dentro de um custo compatível de atendimento a uma massa de 250 mil pessoas em São Paulo. Na saúde do trabalhador, nossa experiência foi desconsiderada quando se elaborou o texto da Lei Orgânica da Saúde. Com a estatização predominante no Sistema Único, os municípios poderão repetir este erro e quem perderá novamente serão o trabalhador e seus familiares — ponderou.

Segundo ele, a indústria paga duplamente pelos mesmos serviços. "Além de contribuir oficialmente à Seguridade Social para ter saúde para seus trabalhadores, ela é obrigada a pagar pela segunda vez aos convênios médicos ou a ter seus serviços próprios de saúde, dada a ineficiência do sistema público", argumenta.

Paulo Sérgio Barbanti afirma que os empresários esperam que a municipalização da saúde venha permitir um melhor aproveitamento de recursos e melhoria da qualidade dos serviços públicos, de maneira a corrigir estas distorções. Ele considera que toda a discussão a ser feita durante a 9ª CNS deverá levar em conta "o grande vilão, que é a crise política e econômica que o país atravessa":

— Os trabalhadores empobreceram ao longo dos anos e as indústrias, também. Os sucessivos choques e planos econômicos transferiram a renda privada para o Estado, seja através dos seqüestros de poupança ou de outros mecanismos. Mas isso não resultou, entretanto, em melhoria do Estado no trato dos problemas sociais. Esta é uma das questões mais sérias a serem enfrentadas no debate, porque toda a melhoria no setor saúde, em especial da saúde do trabalhador, depende de investimentos onde o Estado assumiu constitucionalmente a maior responsabilidade.

CNA

Alimento para todos como ponto de pauta da 9ª

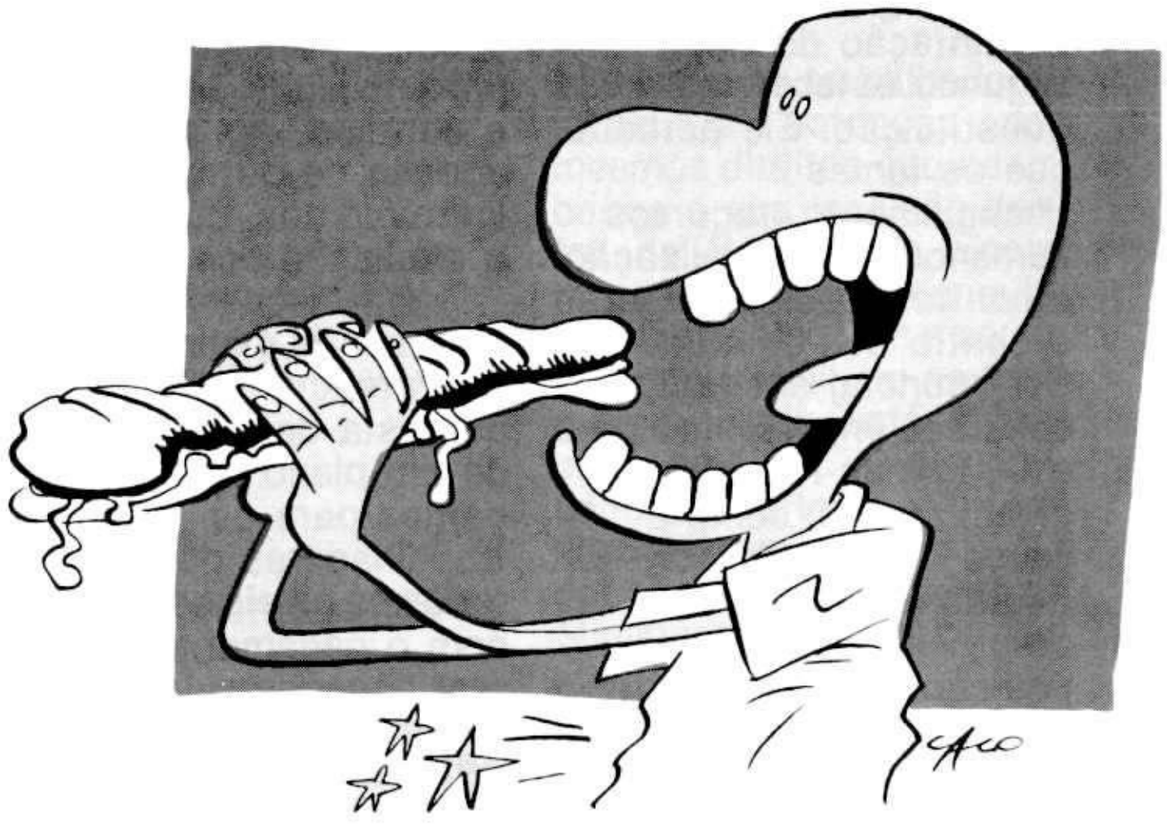
A Confederação Nacional da Agricultura (CNA) acha que a municipalização precisa ser reavaliada com profundidade, levando em conta a necessidade de se mobilizar todos os segmentos da sociedade em defesa da saúde e não da doença. "Este debate deve ser precedido, porém, de uma análise dos aspectos relacionados às condições de vida da população, determinadas pela má distribuição de renda, falta de saneamento básico e inexistência de um Programa Nacional de Abastecimento que assegure alimentos ao povo. Sem solução para estes problemas básicos, a saúde continuará em risco permanente", afirma o Diretor da CNA, que representa a entidade no Conselho Nacional de Saúde, Ary Brasil Cavalcanti.

Citando o Senador Teotônio Vilella, já falecido, "que sabiamente comparou a migração do homem do campo para a cidade à atração da mariposa pela luz", o pecuarista e vice-presidente da Federação da Agricultura do Estado de Goiás responsabilizou a falta de apoio oficial à agricultura pelo deslocamento dessa população migrante, "sem preparo para viver nas grandes metrópoles, onde se torna ainda pior a sua qualidade de vida":

— É inadiável discutir a rápida e desordenada urbanização do país que inverteu, em 40 anos, a distribuição da população nacional, fazendo com que o campo, que concentrava 80% da população, esteja restrito hoje a apenas 20% dela. Sem dúvida, o Brasil tem evoluído mas, lamentavelmente, não investe o suficiente em saneamento básico e carece de políticas de abastecimento interno e de distribuição de renda — analisa.

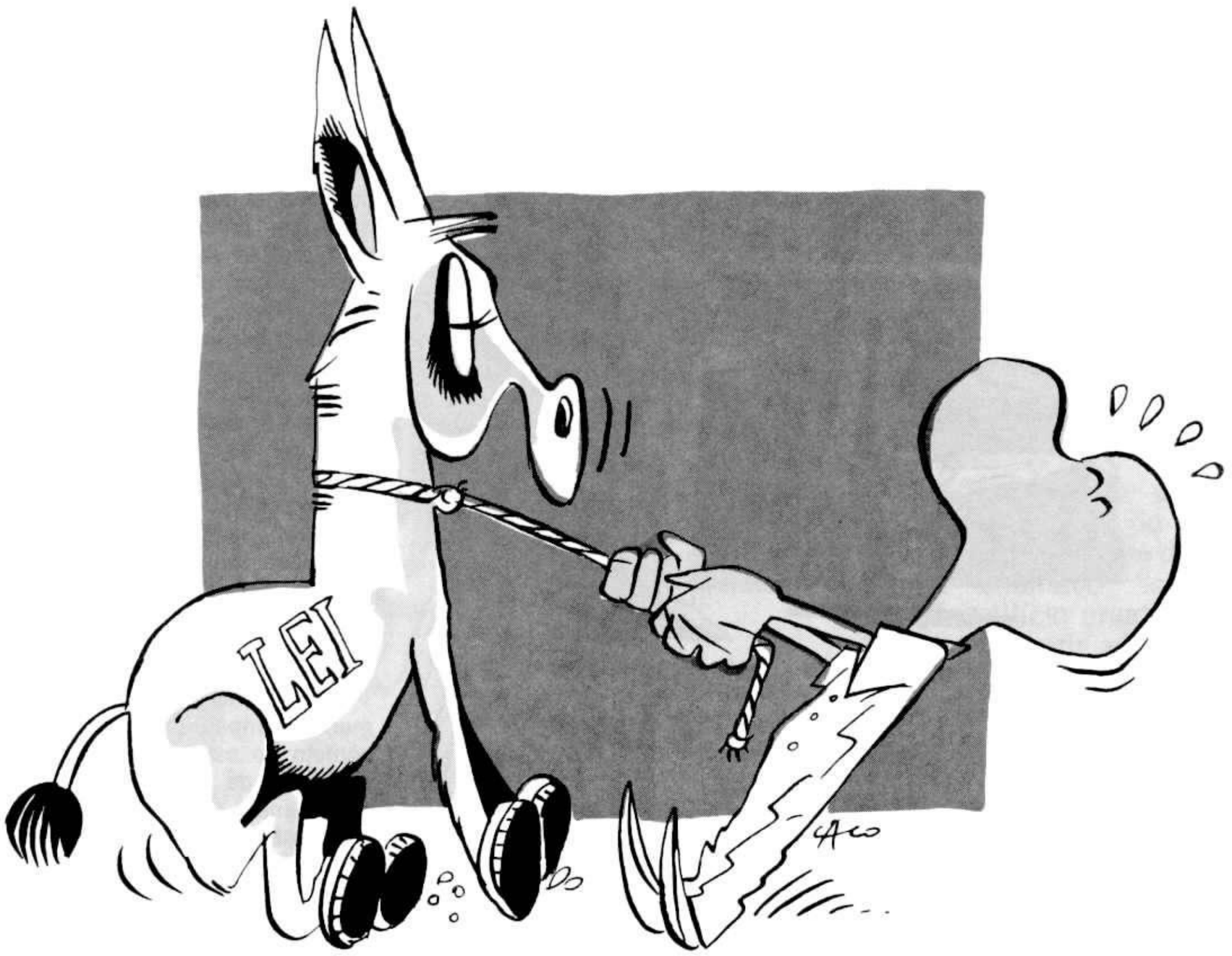
Ele acrescenta que a CNA não está de acordo com a "glamorização" de programas da área de saúde, que dependem somente da presença de médicos ou da existência de hospitais e são desgarrados de questões mais gerais, como a definição de políticas nacionais claras para setores essenciais como a agricultura.

Para Ary Brasil Cavalcanti, está havendo muita preocupação com os "sem terra" e pouco com os "com terra". A agricultura nacional está desestimulada pela falta de créditos e pela política de preço mínimo. Ao abordar a questão ecológica e o uso de agrotóxicos no campo, ele conclui que, além de uma fiscalização eficaz, "é preciso conscientizar os fazendeiros no sentido de usar o agrotóxico sob o monitoramento de profissional especializado e buscar fazer um combate biológico às pragas".



CUT

"Avanços da lei têm que ser levados à prática"



— Este governo não tem cumprido a lei no que se refere à implantação do SUS, ao repasse de verbas para estados e municípios e quanto ao tratamento dos recursos humanos do sistema. Portanto, não podemos nos iludir e pensar que ele vai aceitar facilmente que a 9ª Conferência tenha o papel deliberativo a ela atribuído pela Constituição. Mas apesar disso, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) está investindo de forma responsável na preparação do encontro, através da discussão de suas teses no 4º Encontro Nacional da CUT, realizado em agosto, e do encaminhamento destas propostas às etapas estaduais da Conferência. Na etapa nacional estaremos prontos para lutar pela aprovação de todas elas.

Partindo desta avaliação, o representante da CUT no Conselho Nacional de Saúde e diretor do Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST), Jocélio Drummond, prevê que a 9ª Conferência deverá debater os tópicos mais globais e polêmicos que assegurem a implantação do SUS, segundo estabelecido pela Constituição. Ele acredita que os temas financiamento, recursos humanos, municipalização e controle social ocuparão o centro dos debates da Conferência, enquanto questões importantes para a CUT, mas não tão globalizantes, como a saúde do trabalhador, ficarão para serem aprofundadas em pós-conferências específicas, à exemplo do que ocorreu na época da 8ª Conferência.

A proposta da CUT para o financiamento da saúde é que os critérios atuais para o repasse de verbas sejam substituídos por critérios epidemiológicos, populacionais e outros que obedeçam uma lógica social "e não a do lucro e do mercado, como o pagamento por produtividade", ressalta Jocélio. Para que a produtividade seja aferida e cobrada, ele sugere a adoção de outros instrumentos, que incluam a avaliação dos usuários.

Na discussão sobre recursos humanos da 9ª Conferência, a CUT traz a proposta de implantação de um plano de carreira e cargos para os trabalhadores do SUS em todos os níveis de governo, com o pagamento de gratificações salariais por produtividade. A discussão sobre isonomia, que vem polarizando os debates nos últimos anos, passa a ficar contextualizada no plano de cargos e salários e cede lugar a uma nova polêmica: a central dos trabalhadores defende que os mesmos critérios de carreira e salário devem valer para o setor privado conveniado.

Jocélio afirma, ainda, que os programas de agentes de saúde adotados até o momento se prestam ao clientelismo político, se baseiam numa visão de "saúde pobre para os pobres" e rompem com as vantagens da visão de equipe de saúde. A alternativa, segundo ele, seria a rediscussão do papel dos agentes e sua vinculação a programas de saúde e não de governo.

Em sua opinião, há poucos avanços em relação ao controle social do SUS. Ele identifica um número pequeno de conselhos de saúde funcionando nos estados e municípios, "a maioria com limitações ao seu caráter deliberativo". Sobre o Conselho Nacional de Saúde, do qual participa, Jocélio comenta:

— O Conselho é absolutamente democrático no seu funcionamento, o que é contraditório com este governo autoritário, que não se faz representar em todas as reuniões, não fornece informações satisfatórias para o nosso trabalho e não encaminha as decisões do Conselho.

A CUT defende a municipalização da saúde, desde que essa descentralização não represente uma pulverização do sistema de saúde, criando múltiplos sistemas em descompasso com uma política nacional de saúde. Nesta descentralização, não pode ficar de fora, na visão da entidade sindical, a vigilância sanitária e epidemiológica sobre as condições e os locais de trabalho da população, à cargo dos profissionais do SUS, e não do Ministério do Trabalho.

MUNICIPALIZAÇÃO
Um processo permanente de mudanças

Flávio Goulart*

Minha condição, de ter sido antes secretário municipal de saúde e hoje gerente em instituição do SUS federal, já é um pré-requisito para a análise que pretendo fazer. Com efeito, a militância nestas duas instâncias, supostamente "antagônicas" em relação às propostas de descentralização em saúde, a que acrescento uma origem acadêmica, tem me mostrado que o "centralismo" não constitui, na verdade, apanágio do nível central de governo, enquanto seu oposto, o "municipalismo", não chega a ser monopolizado pelo nível local. Às vezes, até bem ao contrário... É por aí que quero começar.

Com efeito, aponto como uma das causas do relativo desvanecimento do "sonho" de 1986, embalado por aqueles memoráveis dias de março no Ginásio de Esportes de Brasília, a derrota dos "sonhadores" em uma batalha cultural que não foi valorizada ou pressentida. Refiro-me à hegemonia incontestável de uma "cultura centralista" que permeia intensamete nossas instituições de saúde, do primeiro gabinete da capital federal até a mais modesta prefeitura do interior do Brasil. Da mesma forma, as entidades da sociedade civil, sejam elas de profissionais, trabalhadores, proprietários, usuários, moradores, etc., padecem do mesmo mal — e de suas conseqüências imediatas: dependência, permeabilidade ao clientelismo, "estatolatria", ou qualquer que se queria dar. Raízes coloniais, perpetuadas pelas novas formas de dominação do capitalismo internacional... a explicação estrutural não vem ao caso no momento. O que importa é dizer que a "cultura centralista" marcou historicamente e continua a marcar com intensidade as relações estabelecidas entre os níveis de governo. Para dar um exemplo: enquanto "em cima", onde a cultura considera o município como "ente a ser tutelado", se decreta o ritual contábil como forma de "cooperação técnica", "embaixo", num caso típico de incorporação da dominação, isto é aceito como norma que não é questionada em essência, a não ser, quem sabe, pela via da burla, terreno em que o *Know-how* nacional é dos mais frutíferos. E surge daí o conceito de "municipalização" tutelada já quase consagrado pela prática institucional, porque imposto verticalmente sem outra alternativa: transferência pura e simples de "recursos", burocratização, convenialismo, utilitarismo, medicalismo, etc. Mas, atenção: trata-se de algo, esta "municipalização", que não está presente, pelo menos por enquanto, no discurso dos usuários. Estes, quando se manifestam (e quando são ouvidos), falam em serviços completos, oferecidos a tempo e a hora, com dignidade no tratamento e coisas semelhantes. Não lhes parece ser importante se a origem de tais serviços é o nível de governo federal, estadual ou municipal.

Mas tais dificuldades têm também raízes políticas, não estritamente "culturais" por certo. Será sempre lembrada a seqüência de "anos eleitorais" que tivemos após 1986, incluindo o próximo ano. Alguns têm sido tão enfáticos em apontar tal "problema" que talvez fosse o caso de lhes cobrar um pouco mais de explicações sobre os "riscos" que vêem nas eleições. No meu entendimento, a questão está mal enfocada, pois trata-se, acima de tudo, de um processo de decisão política enviesado, vinculado de um extremo a outro do espectro ideológico, a uma prática política que tem sido incapaz de abrir novas frentes de articulação. As elites continuam viciadas nos mesmos jogos endogâmicos, que engendram as monstruosidades conhecidas. Os setores mais progressistas da sociedade mantêm-se em perspectiva defensiva, cuidando mais das diferenças existentes entre suas propostas do que propriamente das semelhanças, que não são poucas, entre elas. Com isto, engajam-se precariamente os novos atores na arena política: os usuários, por exemplo, em quase toda partte, participam mais da retórica dos líderes do que das esferas de ação concreta abertas à sociedade pela Constituição. Esta maneira equivocada, porque deformada e quase psicótica de fazer política, revela-se incapaz de criar fatos novos e de promover as alianças necessárias, da mesma forma que se mostra incompetente em neutralizar reais adversários do processo de aperfeiçoamento do sistema de saúde.

O "sonho" conhece, porém, outros fatores que o pertubam. Quem não se lembra do apelo reafirmado na 8ª Conferência em favor do "resgate da credibilidade do setor público de saúde"? Quem poderia imaginar que, cinco anos após, fôssemos sentir saudades da situação de então? Se à época já havia sucateamento, deterioriação do atendimento, baixa produtividade, qualificação técnica sofrível, agora não há peneira, telhado ou casamata que tampe as evidências que o sol anda a mostrar. E a situação se revela mais séria na medida que atravessamos uma prolongada "transição" dentro do sistema de saúde, que acaba por "justificar" as omissões e a má qualidade do atendimento, com a desculpa de que a responsabilidade "agora é do estado" (ou do município, ou assim por diante). De tal forma que, de um estágio oriundo do velho campanhismo sanitário, no qual havia "doenças" e "vetores" federais, estaduais e municipais, passamos agora a ter também os doentes divididos e

categorizados conforme as esferas de governo da federação. A "descentralização" levou, na verdade, a grande sobrecarga dos dois níveis sub-centrais de governo, particularmente o estadual, considerando que grande parte dos municípios ainda engatinha na constituição de seus sistemas de saúde. E isto gera um contra-discurso insidioso: a "municipalização" fracassou, é preciso retroceder, resgatar a credibilidade através da restauração da velha ordem. Como se a velha ordem não fosse ela mesma o protótipo de um sistema "de doença" falido e completamente exaurido em termos ideológicos, financeiros e institucionais. Enquanto isto, a privatização avança, até mesmo sobre setores tradicionalmente "desinteressantes", como as "consultorias" que vendem "pacotes" fechados, cujo "produto" vem a ser a "qualificação para a municipalização"; os cursos e outras atividades de treinamento, inclusive para a formação de "sanitaristas", além das tradicionais áreas de prestação de serviços de saúde.

O "sonho" carece de um modelo, ou por outra, tentamos modelá-lo dando-lhe forma estranha à nossa realidade sanitária e social. Muito se falou e ainda se fala em "distrito sanitário" ou em "sistema local de saúde" no país. Mas os conceitos desaguam em pura a abstrata retórica, ou no reconhecimento que tais entes obedecem a "leis ainda desconhecidas", ou até, na melhor das hipóteses, em "experiências piloto" que só se sustentam enquanto recebem recursos internacionais ou enquanto persiste no poder determinada corrente política, às vezes desmoronando até mesmo em plena vigência dos governos que antes as fomentaram. Nossos "modelos" (ou nossa "falta

Flávio Goulart

de modelos") não conseguiram equacionar algumas questões-chave, como por exemplo, política de recursos humanos, articulação intermunicipal, desenvolvimento de sistemas de informação, controle social, compartilhamento das responsabilidades púbicas, para citar algumas mais cruciais. Talvez não tenhamos nos apercebido de um aspecto essencial: que "modelos" se constróem a partir da realidade e não "para" ela através de formulações abstratas, mesmo brilhantes e bem intencionadas, da mesma forma que não se estabelecem "por decreto" —por esta via podemos ter, no máximo, rituais burocráticos, jamais modelos, ousaria dizer poeticamente, "grávidos de mudanças".

Nosso "sonho" está quase desaparecendo, encontra-se carente de um referencial, recebe interferências de todos os lados, mas não morreu. A 9ª Conferência Nacional de Saúde representa uma possibilidade, não irreversível e exclusiva, nem "sacralizada", de resgatá-lo em sua importância e sua plenitude, como o acalentávamos não faz tanto tempo. É preciso que estejamos atentos às lições oferecidas pela "oitava". Afinal, a sociedade não estava tão "organizada" como se pensava e, no momento presente, talvez, seu tecido tenha se esgarçado ainda mais; não se conseguiu uma base social ampla para as mudanças que se pretendia; o clima de entusiasmo suscitado se esvaneceu com a recrudescência "pós-cruzado" da crise econômica; a base político-parlamentar também falhou, abrindo um vácuo deletério que minou tantas boas propostas; enfim, o consenso obtido revelou-se precário e fugaz, mesmo entre aliados vinculados organicamente na aparência. A 8ª Conferência teve a lhe suceder uma grande crise reconhecidamente sem precedentes em nossa história. Se sua responsabilidade é grande, suas dificuldades parecem à primeira vista quase insuperáveis. Mas prefiro aliar-me, sem perder o realismo, a uma posição até certo ponto otimista. Mesmo com as dificuldades em seu caminho, a 9ª Conferência realizou em suas etapas preparatórias uma difusão extensiva, inédita, de informações e novos conhecimentos sobre a saúde no Brasil, o que, se não provocou maior impacto ao nível do usuário comum, fortaleceu, sem dúvida, o nível do saber e da discussão sobre as questões de saúde, entre técnicos, trabalhadores, setores acadêmicos e respectivas entidades. Da mesma forma, a organização da "nona" colaborou sobremaneira para o fortalecimento de um processo que, na verdade, já tinha curso histórico: falo da organização dos Conselhos Estaduais e Secretários Municipais de Saúde e do Conasems, hoje interlocutores privilegiados e insubstituíveis em qualquer fórum que discuta as questões de saúde no Brasil. Com tais atores mantendo seu grau de organização, a história da Saúde e da "municipalização" no Brasil poderá ter seu rumo alterado substancialmente. Além do mais, está hoje patente que entre as três esferas de governo, são os municípios que apresentam, apesar de todos os percalços, uma tendência definida de avançar, seja no plano conceitual ou operacional, para um modelo realmente novo de cuidados à saúde. Eu falaria, sem temor, de uma "frente" de três ou quatro centenas de municípios, de todos os portes e localizações geográficas, que preenchem tais requisitos. São eles que darão, com certeza, nos próximos anos, a tônica do processo de mudança na saúde de nosso país.

Para mim, o "sonho" da municipalização da saúde não acabou, embora, diria, torne-se preciso "vivê-lo" a cada dia tendo como referência uma realidade que, parafraseando Camões, muda até em sua maneira de mudar.

***Flávio Goulard é Ex-Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) e atual Coordenador de Desenvolvimento Institucional da Fundação Nacional de Saúde — FNS, Brasília (DF).**

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Eficácia e qualidade ainda esquecidas

Dalton Mário Hamilton*

Nesta reflexão trataremos de abordar uma questão pouco analisada e que consideramos substantiva porque se refere a uma das finalidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS): a acessibilidade, eficiência e qualidade do atendimento à saúde da população.

Nas discussões sobre a implementação do SUS destacam-se, habitualmente, os avanços obtidos a nível da organização das instâncias institucionais condutoras e o componente democratizante da municipalização. Isso se baseia no pressuposto de que a transferência de poder do centro à periferia, ao aproximar da decisão a população "usuária", aumenta a visibilidade das necessidades e deficiências, possibilita uma maior participação e controle social, viabilizando, como conseqüência, a eqüidade distributiva e a acessibilidade universal a serviços.

Reconhecendo, em tese, a importância da dimensão democratizante da descentralização-municipalização, esta interpretação, freqüente no discurso, cria uma ilusão mecânica da relação causal entre descentralização-participação-eqüidade, que lamentavelmente não corresponde à realidade da organização política, institucional e social da maioria dos municípios brasileiros, onde ainda prevalecem fortemente estabelecidos interesses partidários e clientelistas e onde as carências são múltiplas e multi-facetadas.

Nos serviços de saúde não existem dados recentes que permitam avaliar o desempenho com algum rigor técnico. Porém, notícias de jornal, manifestações de autoridades políticas e técnicas e o conhecimento empírico de vários estados e municípios indicam uma situação insatisfatória.

É compreensível não esperar resultados concretos de processos político-técnicos complexos de curto prazo. Ainda mais quando se enfatiza o conteúdo processual de médio e longo prazo da implementação do SUS. Com a devida cautela, pretendemos colocar alguns problemas e indícios de tendências que ao nosso juízo merecem uma discussão mais aprofundada.

A interrogação central refere-se à existência ou não de avanços no equacionamento e encaminhamento de soluções para os problemas crônicos da atenção à saúde. E se as tendências que se insinuam na descentralização-municipalização se direcionam para a construção de um SUS eqüitativo, de acessibilidade universal, participativo, eficiente e eficaz.

Quando se fala da implementação do SUS, na realidade estamos nos referindo ao sistema estatal público e parcialmente ao setor privado hospitalar financeiramente dependente dos recursos do SUS.

Antes da promulgação do texto constitucional e com maior nitidez nos últimos anos, devido ao rápido crescimento nos centros urbanos, consolida-se, paralelamente, o sistema de seguro privado para setores de salários médios e altos. Este sistema, por suas características de demanda individual, centrada na atenção médica curativa, não se submete à lógica do SUS e muito menos aos limites jurídico-administrativos impostos pela municipalização. Seu único ponto de contato com o público é o subsídio indireto que o estado outorga, ao permitir o desconto das despesas no Imposto da Renda.

O SUS, portanto, fica restrito à rede estatal e aos hospitais beneficentes e privados, que por problemas de adequação tecnológica e qualidade de atenção, não têm possibilidade de integrar-se ao seguro privado e sobrevivem selecionando patologias e sobrefaturando, para tirar o maior lucro possível das desatualizadas tabelas de pagamento do Inamps.

Assim, o conceito de eqüidade e universalidade do SUS pode ser melhor delimitado: trata-se de um sistema público, composto pela rede estatal e os hospitais privados de menor qualificação e organizado para atender à grande maioria da população brasileira de condição econômica precária.

Apesar da falta de dados, pode-se afirmar que esta rede não evidencia, apesar de alguns esforços pontuais, uma tendência superadora dos problemas de acessibilidade, eficiência e qualidade.

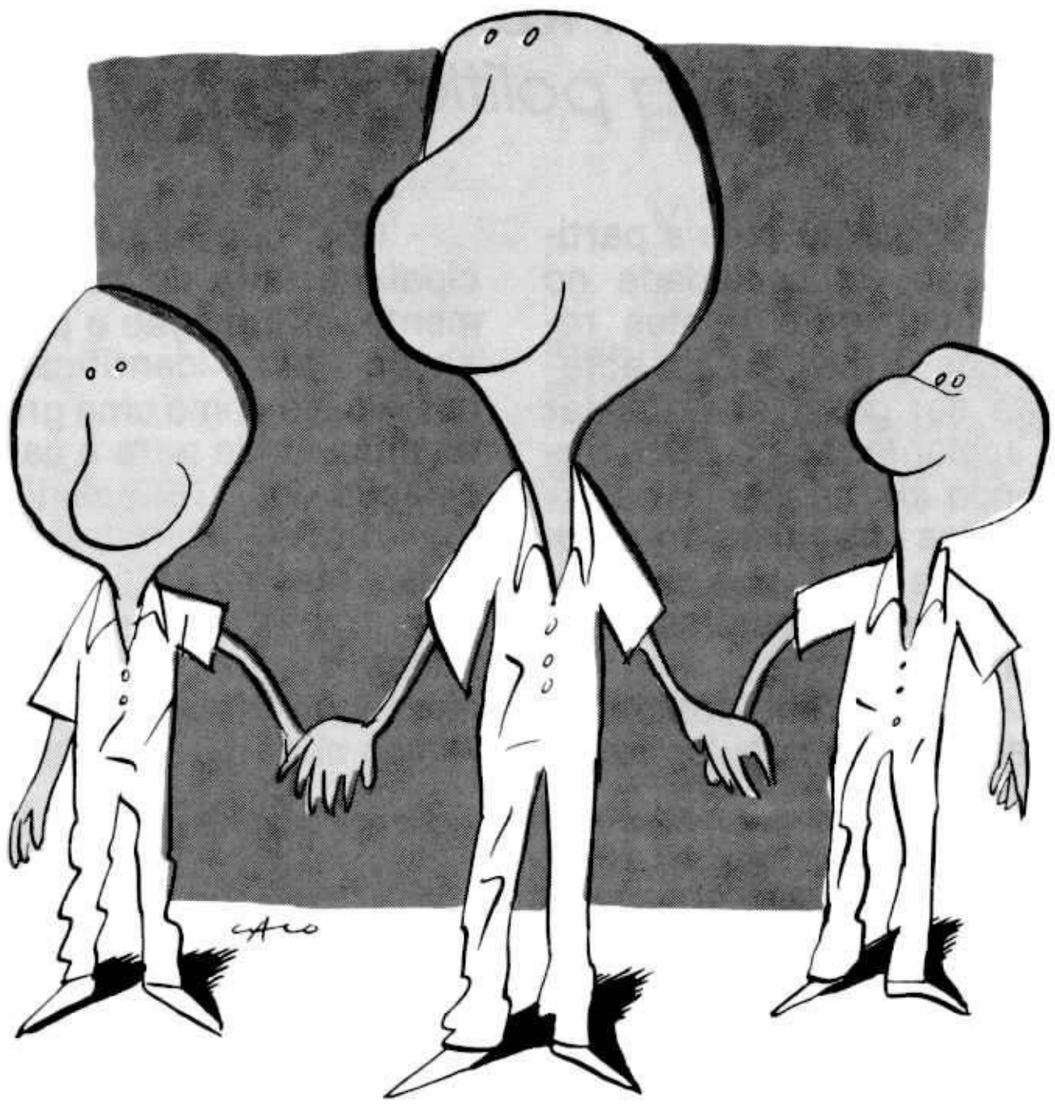
De fato, alguns avanços foram obtidos, aumentando a oferta de serviços de baixa complexidade (centros de saúde) através da construção de novas unidades e da contratação de pessoal. Mas os esforços não se concentraram na superação da escassa resolutividade, estreitamente relacionada com a baixa eficiência e qualidade deste tipo de serviço.

Quando considerados os outros níveis, basicamente o hospitalar, a situação aparece de forma mais evidente, constatando-se a ausência ou escassez de oferta em inúmeros municípios, enquanto em outros, dá-se a situação dramática de hospitais saturados pela demanda e/ou com leitos desativados por falta de pessoal auxiliar ou problemas de recuperação física. Também neste caso, o baixo desempenho é uma constante.

Esta situação não se origina nestes últimos anos. Ela é produto da história de omissão e descaso com o público. Durante décadas, incrustaram-se no aparelho governamental federal, estadual e também municipal, grupos de interesses que fizeram da política pública, e em particular da política de saúde, objeto de uso e abuso privado e clientelista.

A rede pública continua desarticulada, mal aparelhada, com baixa eficiência, precária

CONASS



Municipalização não anula o papel de cada estado

A municipalização não anula o papel de cada Estado como coordenador do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito estadual. Cabe ao estado, através de seu planejamento, o cumprimento desta função em observância às diretrizes emanadas do Conselho Estadual de Saúde. Os recursos financeiros do SUS devem ser administrados através de um Fundo, com participação dos Conselhos de Saúde. A condução da política de saúde deve se dar de conformidade com a Lei Orgânica da Saúde, devendo para tanto, ser discutida e modificada no sentido de torná-la um documento orientador.

Estas são algumas das posições firmadas pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e que, segundo seu recém-eleito Presidente, Lúcio Alcântara, Vice-Governador e Secretário Estadual de Saúde do Ceará, serão defendidas pelo conselho na 9ª Conferência Nacional de Saúde.

— Realizada no momento em que o Brasil enfrenta uma séria crise econômica e social, que deteriora as condições de saúde e agrava o quadro sanitário brasileiro, a 9ª CNS deverá ter um papel decisivo na condução da política de saúde e dela esperamos que surja um novo projeto político para o setor, elaborado pelas entidades participantes e pelos segmentos organizados da sociedade, oriundos das Conferências Municipais. O Conass não teve grande preocupação em realizar foruns que suscitassem a discussão dos temas oficiais da 9ª CNS, por considerar que as Conferências Municipais e Estaduais vêm expressando de forma clara e coerente as propostas políticas das entidades de saúde e da sociedade civil. Além disso, o Conass através de seus membros — Secretários Estaduais — participou ativamente, em cada região, de todo o processo de discussão. Firmamos algumas posições por considerar que estas são imprescindíveis para o aprofundamento do debate — acentuou Lúcio Alcântara.

Na opinião do Presidente do Conass, a descentralização implícita no Sistema Único de Saúde exige a operacionalização de um planejamento estratégico, com a participação de todos os níveis de direção do sistema. "Se isto ocorrer, não haverá choques de competência entre as esferas de Governo. Ora, se ao Município compete participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual, cabe ao Estado prestar apoio técnico aos municípios no sentido de garantir a execução plena da política estadual de saúde, que por sua vez contemplará as diretrizes do SUS em âmbito nacional".

— O planejamento regional deverá, portanto, ser assumido pela direção nacional do sistema, com a participação dos colegiados de secretários municipais e estaduais, para que as questões locais possam ser apreciadas nos aspectos técnicos e de financiamento. O que não se pode admitir é que o nível federal continue a estabelecer mecanismos para regular a implantação e o funcionamento do sistema, de forma isolada, contribuindo ainda mais para subverter a idéia de hierarquização do SUS — frisou o Presidente do Conass.

Ao abordar o papel dos Estados em relação a financiamento e gestão do SUS, Lúcio Alcântara deixou clara a posição de que estes não pretendem abdicar de suas funções de coordenadores estaduais do sistema de saúde. Ele observa que, embora a Lei Orgânica da Saúde tenha fixado as competências da direção estadual do SUS, aspectos fundamentais como gestão financeira dos recursos do sistema — inclusive os critérios de repartição que ficaram para regulamentação posterior — e da relação público e privado, precisam ser discutidos e esclarecidos para que não ocorram equívocos na condução do sistema. "Entendemos que a gestão financeira dos recursos não deve se dar de forma centralizada, onde o nível federal se articula diretamente com os municípios, sem participação dos estados, dificultando, por conseqüência, que estes cumpram suas funções de coordenadores estaduais do sistema de saúde", diz ele.

— Outro ponto polêmico, diz respeito à competência do Estado para celebrar contratos e convênios com o setor privado prestador de serviços, de forma complementar. Na atribuição de gerir serviços estaduais e regionais, a necessidade de contratar pode surgir, e, como se sabe, a Lei Orgânica da Saúde não explicita esta atribuição. Achamos que é de fundamental importância para a organização do sistema, que o estado exerça as funções de controle e avaliação da execução dos serviços públicos e privados de saúde, respeitadas as competências a nível local. No que se refere a recursos humanos, consideramos que o estado deve assumir o papel de coordenação e de execução, de forma complementar, através de um trabalho articulado com as universidades, assegurando a execução de uma política de recursos humanos para o setor, definida pelos Conselhos Estaduais de Saúde. Esta política deverá garantir a resolutividade das ações e, conseqüentemente, a melhoria da prestação de serviços — concluiu Lúcio Alcântara.

FIOCRUZ

Estratégia deve contemplar a diversidade epidemiológica do país

Um documento com uma avaliação crítica e propostas para a área de meio ambiente e saúde; e um painel com o perfil demográfico e epidemiológico, — mostrando que a realidade brasileira é recortada por mini-realidades que constituem um verdadeiro mosaico epidemiológico, — são as principais contribuições da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) à 9ª Conferência Nacional de Saúde.

O anúncio é do Diretor da Ensp, Paulo Marchiori Buss, que identifica no grande número de realidades específicas um entrave à superação da crítica situação do setor saúde hoje no Brasil:

— Isto reforça a necessidade de planejamentos locais e regionais, uma vez que o sistema só será eficiente se conseguir resolver os macro e micro problemas dentro de cada município.

Paulo Buss é enfático ao defender um novo modelo de sistema de saúde:

— É inadiável que se abandone os planejamentos idealistas e se mergulhe de forma profunda na realidade caótica do nosso sistema de saúde, entendendo que não há soluções prontas que servirão para todo o Brasil, mas sim estratégias que contemplem a diversidade registrada numa mesma região, estado ou até mesmo municípios que comportam várias realidades.

Na opinião de Paulo Buss, a Fundação Oswaldo Cruz "como instituição de ponta na área de ciência e tecnologia", tem um papel importantíssimo a cumprir no processo de superação da crise no setor saúde:

— A Fiocruz deverá se apoiar em três pilares para cumprir seu papel de formuladora deste projeto: o quadro epidemiológico variado que se registra no Brasil; a organização dos serviços de saúde hoje oferecidos à população e o compromisso que a instituição sempre teve com o avanço da ciência.

É para mostrar que a Ensp não fica só no terreno das propostas, seu Diretor exemplifica o que já está sendo feito pela Escola:

— Desde o ano passado estamos formando profissionais para atuarem na área da saúde pública voltados para a vigilância sanitária e epidemiológica, planejamento e saneamento, preparados para identificar e enfrentar esta desigualdade epidemiológica do País. Este processo nos fez redefinir metodologias e critérios e estabelecer um estreito relacionamento com secretarias municipais de saúde, objetivando formar recursos humanos já em função do novo modelo de assistência desenhado pelo Sistema Único de Saúde.

Mas para ele é necessário expandir esse novo modelo às outras instituições formadoras de recursos humanos, como as universidades e as escolas de nível médio:

— A realidade até agora tem sido a de formar médicos e atendentes sem preocupação com o miolo do sistema, isto é, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, radiologistas e outros profissionais. Mas as instituições de formação de recursos humanos para a saúde devem acompanhar as atuais transformações do sistema. Se isso não acontecer, corremos o risco de viver a "esquizofrenia" institucionalizada, pois é impossível implantar um SUS sem recursos humanos capazes de gerí-lo.

Sobre as dificuldades do processo de municipalização da saúde o Diretor da Ensp alerta:

— Temos que considerar a tradição centralizadora dos últimos vinte anos no Brasil como uma adversária capaz de inviabilizar a democratização do sistema. Além disso, não podemos achar que o Sistema Único de Saúde se efetivará com o simples repasse dos serviços de assistência aos municípios, sem que estes tenham instrumentos competentes para geri-los, pois corremos o risco de desmoralizar a proposta de descentralização por não trazer melhorias concretas à vida do usuário.

Paulo Buss aponta alguns instrumentos que considera essenciais para que os municípios sejam capazes de gerir os serviços de saúde:

— É necessário um suporte de cooperação técnica e desenvolvimento de recursos humanos com base nos dados epidemiológicos levantados naquele local específico. Seria como radiografar uma realidade para a partir deste diagnóstico receitar o melhor "tratamento", respeitando todos os componentes que formam a vida do "paciente". Mas para isso, é fundamental que a redefinição do modelo de financiamento supere a simples compra e venda de serviços do setor.

Ao informar que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz tem participado das conferências municipais e estaduais discutindo e propondo soluções para temas como financiamento, formação de recursos humanos, epidemiologia e saneamento, Paulo Buss avalia o papel da 9ª Conferência na implantação do Sistema Único de Saúde:

— A 9ª reafirmará um processo iniciado na 8ª Conferência, que tem como base a participação da sociedade civil, nela incluída os profissionais de saúde, que extrapola os limites rígidos dos burocratas do setor. Este fenômeno, de dimensão extremamente importante, difere do que ocorre na América Latina e até mesmo em países desenvolvidos, o que confere ao Brasil uma peculiaridade admirada em todos os países onde chegam informações sobre o movimento sanitário brasileiro.

Paulo Buss finalizou apontando o grave momento vivido pelo país e os reflexos que essa crise traz à saúde:

— A 9ª Conferência se realiza num momento muito importante e difícil, quando registramos um crescimento zero na economia, com conseqüências imediatas na saúde devido ao desemprego, aos baixos salários e à queda ainda maior da qualidade de vida da população. A superação da recessão e a retomada do desenvolvimento são fatores que também têm que ser analisados pela Conferência, que deverá traçar políticas que, mesmo diante desta realidade adversa, consigam melhorar as condições de saúde da população brasileira.

radis

TEMA

⑫

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ANO IX . NOVEMBRO . 1991

OS CAMINHOS DA MUNICIPALIZAÇÃO

defendem uma municipa-
lizaçº a qualquer custo
podem alojar-se interesses
com o propósito de des-
gastar o SUS perante a po-
pulaçº, da mesma forma
que ocorreu na Øpoca do
SUDS, abrindo espaços
para credenciamentos,
contratos e seguros priva-
dos de saœde.

Se a descentralizaçº Ø
entendida para alØm da
descentralizaçº de ativi-
dades, recursos e serviços
de saœde, isto Ø, aproxima-
çº do processo decisório
para o nível onde se reali-
zam as prÆticas de saœde,
ela nªo pode terminar nos
executivos estadual e mu-
nicipal, nas AssemblØias
Legislativas e Câmaras de
Vereadores. Ela teria que
chegar aos cidadªos orga-
nizados ou mesmo ao indi-
víduo na sua singularidade
de paciente de serviço

cazes de l
pular e de
idôneos de
plenamente
exercício
que podem
correlaçº
favorÆvel
ao direito
âmbito municipal
ou federal.
nicipalizaçº